

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU  
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO  
DE FRONTEIRA - MESTRADO**



**CIRLEINE COSTA COUTO**

**Percepção de professores sobre o autismo em alunos  
pré-escolares e a rede social institucional**

**FOZ DO IGUAÇU**

**2017**

**CIRLEINE COSTA COUTO**

**Percepção de professores sobre o autismo em alunos  
pré-escolares e a rede social institucional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva

**Foz do Iguaçu**

**2017**



**COUTO, C.C. Percepção de professores sobre o autismo em alunos pré-escolares e a rede social institucional.** 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva. Foz do Iguaçu, 2017. CIRLEINE COSTA COUTO.

Aprovado em 11 / 08 / 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva**  
**Universidade de São Paulo - USP**

---

**Profa. Dra. Adriana Zilly**  
**Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste**

---

**Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado**  
**Universidade de São Paulo - USP**

Dedico esta pesquisa ao meu grande amor, Fred Ganem, parceiro incansável, meu arrimo e porto seguro em todas as minhas iniciativas. Sigamos com nosso trabalho humanitário, nossa missão de vida, sempre convergindo nossas prioridades e interesses em prol do bem comum.

Dedico também à querida amiga Profa. Vivien Maria Diniz de Oliveira Souto, luminar da Educação Especial, gestora e educadora exemplar. Essa pesquisa simboliza um pouco do nosso trabalho, dedicação e afeto aos alunos com necessidades especiais da rede pública de ensino.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva, pela assistência e direcionamento lúcido, crítico, dos rumos desta pesquisa, possibilitando a tão almejada finalização, sempre a partir de reflexões conjuntas oportunas e produtivas.

Agradeço à Profa. Dra. Adriana Zilly pela disponibilidade, orientação e suporte durante todo o percurso da pesquisa, desde os primeiros passos do projeto até a finalização da dissertação.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado pelas observações valiosas e pertinentes que enriqueceram substancialmente esta pesquisa, mas em especial pela sensibilidade, delicadeza e fraternidade com que fez suas considerações e por ter valorizado tanto o trabalho, motivando-me a seguir em frente.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Unioeste pela oportunidade de fazer parte da primeira turma do Programa, uma grande conquista para Foz do Iguaçu. Também sou muito grata às discussões frutíferas que ampliaram meu horizonte intelectual em termos de ciência, pesquisa e Saúde Pública.

Agradeço às Diretoras, Coordenadoras e Professoras dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) de Foz do Iguaçu, que abriram as portas das escolas para nossa pesquisa com muita amabilidade, solicitude e espírito de cooperação.

Agradeço às Profas. Roseli Maria Souza, Marli Costa Silva e à Assistente Social Silvia Valeria Pereira Jesus, amigas queridas, pela oportunidade de estarmos juntas, somando esforços no “Programa Construindo a Cidadania”. Uma parceria maravilhosa que deixou saudades. Nosso trabalho inspirou esta pesquisa e mudou minha vida para sempre.

Agradeço à Profa. Lisiane Veeck Sosa, que exerceu recentemente a função de Secretária Municipal da Educação de Foz do Iguaçu, pelo acolhimento, parceria e pelo apreço às iniciativas de trabalho intersetorial, essência desta dissertação. Minha gratidão também pelo apoio à realização da pesquisa.

Agradeço aos meus mestres, Dr. Francisco Assumpção Jr. e Dr. Fábio Barbirato pelos ensinamentos fundamentais e valiosíssimos em Psiquiatria da Infância e da Adolescência e ao saudoso Dr. Adailton Pontes (*in memoriam*) pela iniciação amorosa ao universo do TEA.

Por fim, agradeço imensamente aos grandes amigos conquistados nestes dois anos, meus queridíssimos colegas de mestrado: Ademar Pinezi Junior, Ana Heloisa Veras Ayres da Silva, Débora Christina Santos Souza, Fernanda Ferreira de Carvalho, Fernando Cossa, Leonardo Pereira Triaca, Rafael Soares Corrêa, Rosilene Berres, Sara Alves Ribeiro e Solange Aikes.

Vocês não somente partilharam a estrada, mas souberam guarnecê-la de cor, luz, música e alegria. Obrigada pelos estudos conjuntos, auxílio fraterno e afeto. Vocês são um presente precioso da vida.

“Quando ela abriu as portas cerradas do meu ser, o coração me saltou de alegria e eu senti-me palmilhar novo caminho, nova senda de encantamentos. De súbito, a felicidade inundou-me a existência como o sol inunda a terra e eu estendi as mãos, ansiosas, à procura da vida.”

(KELLER, 1953, p. 263-264)

**COUTO, C. C. Percepção de professores sobre o autismo em alunos pré-escolares e a rede social institucional.** 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva. Foz do Iguaçu, 2017.

## **RESUMO**

O diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro do Autismo – TEA – é condição fundamental para que sejam obtidos melhores resultados nas intervenções terapêuticas. A articulação sinérgica entre profissionais da Educação e da Saúde se constitui em uma estratégia eficaz para acolhimento dos casos suspeitos e imediato encaminhamento para serviços de atenção especializados na área. Diante deste cenário, esta pesquisa objetivou conhecer a percepção dos professores da Educação Infantil sobre o TEA e a rede de apoio institucional construída a partir dos casos suspeitos. Partiu-se do pressuposto que a compreensão dos professores sobre o autismo ainda pudesse ser insuficiente, e que a rede social institucional vinculada aos Centros Municipais de Educação Infantil – CMEIs – para o suporte às crianças com suspeita de TEA em Foz do Iguaçu não estivesse bem constituída. O desenvolvimento da investigação se deu por meio da abordagem qualitativa. O campo de pesquisa constituiu-se de 10 CMEIs da região norte da cidade, local de maior concentração de unidades escolares. Foi selecionado 1 professor de cada CMEI, totalizando 10 participantes. Os critérios de inclusão foram professores com mais de 3 anos de experiência docente e com atuação em níveis acima ao do berçário. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e a construção do mapa mínimo da rede social institucional, realizados com os professores, entre os meses de setembro e dezembro de 2016. Para o tratamento e análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. Os mapas de rede social institucional foram interpretados à luz dos critérios descritos por Walter Ude, do princípio da integralidade no cuidado e das Redes de Atenção Psicossocial preconizadas pelo Ministério da Saúde para indivíduos com TEA, no Brasil. A partir da análise dos discursos dos participantes, observamos que os professores possuem conhecimento sobre as principais características do TEA, apesar da necessidade de esclarecimento sobre a ampla variedade fenotípica do transtorno. O impacto das experiências do professor com o TEA na sala de aula foi um tema recorrente nas falas. Na análise dos mapas mínimos de rede, observou-se que os principais apoios das escolas no acolhimento dos casos suspeitos de TEA foram a direção ou coordenação dos CMEIs, as famílias e os profissionais do “Programa Construindo a Cidadania”. Considerou-se que, apesar da necessidade de mais esclarecimentos, os professores atualmente têm condições de identificar alunos com sinais suspeitos de TEA em sala de aula, podendo ser inseridos na Rede de Atenção Psicossocial como agentes de rastreamento do autismo. Destacou-se, também, que a rede social institucional de suporte à escola em Foz do Iguaçu ainda é precária, necessitando, portanto, ser reformulada e potencializada.

**Palavras-chave:** Transtorno Autístico; Diagnóstico Precoce; Docentes; Pré-Escolar; Creches; Serviços de Saúde.

COUTO, Cirleine Couto. **PERCEPTION OF TEACHERS ABOUT AUTISM IN PRESCHOOL STUDENTS AND THE INSTITUTIONAL SOCIAL NETWORK.** 125 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Supervisor: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva. Foz do Iguaçu, 2017.

## **ABSTRACT**

The early diagnosis of Autism Spectrum Disorder – ASD – is a fundamental condition to obtain better results in therapeutic interventions. The synergic articulation between education and health professionals is an effective strategy for hosting suspected cases and immediate referral to specialized care services in the area. Given this scenario, this research aimed to know the perception of the teachers of Early Childhood Education on the TEA and the institutional support network built from the suspect cases. It was assumed that the teachers' understanding of autism could still be insufficient, and that the institutional social network linked to the Municipal Infant Education Centers – CMEIs – to support children with suspected ASD in Foz do Iguaçu was not well constituted. The development of research has taken place through the qualitative approach. The field of research consisted of 10 CMEIs of the northern region of the city, place of greater concentration of school units. One teacher from each CMEI was selected, totaling 10 participants. The inclusion criteria were teachers with more than 3 years of teaching experience and acting at levels above that of the nursery. The data collection was done through semi-structured interviews and the construction of the minimum map of the institutional social network, carried out with the teachers, between September and December 2016. For the treatment and analysis of the data, the analysis was used content, thematic modality. Institutional social network maps were interpreted in the light of the criteria described by Walter Ude, of the principle of integrality in care and the Psychosocial Attention Networks recommended by the Ministry of Health for individuals with ASD in Brazil. From the analysis of participants' speeches, we observed that teachers have knowledge about the main characteristics of ASD, despite the need to clarify the wide phenotypic variety of the disorder. The impact of the teacher's experiences with the TEA in the classroom was a recurring theme in the speeches. In the analysis of the minimum network maps, it was observed that the main support of the schools in hosting the suspected cases of ASD was the direction or coordination of the SMEs, families and professionals of the "Building Citizenship Program". It was considered that, despite the need for further clarification, teachers are currently able to identify students with suspicious signs of ASD in the classroom, and can be included in the Psychosocial Attention Network as autism tracing agents. It was also pointed out that the institutional social network supporting the school in Foz do Iguaçu is still precarious, and therefore needs to be reformulated and strengthened.

**Keywords:** Autistic Disorder; Early Diagnosis; Faculty; Child, Preschool; Child Day Care Centers; Health Services.

COUTO, nome do autor. **PERCEPCIÓN DE PROFESORES SOBRE EL AUTISMO EN ALUMNOS PREESCOLARES Y LA RED SOCIAL INSTITUCIONAL**. 125 f. Dissertação (Maestría en Salud Pública) - Universidad del Estado del Oeste del Paraná Líder: Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva. Foz do Iguaçu, 2017.

## RESUMEN

El diagnóstico precoz del trastorno del espectro del autismo - TEA - es condición fundamental para obtener mejores resultados en las intervenciones terapéuticas. La articulación sinérgica entre profesionales de la Educación y de la Salud constituye una estrategia eficaz para la acogida de los casos sospechosos e inmediato encaminamiento para servicios de atención especializados en el área. Ante este escenario, esta investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de los profesores de Educación Infantil sobre el TEA y la red de apoyo institucional construida a partir de los casos sospechosos. Se partió del presupuesto de que la comprensión de los profesores sobre el autismo aún pudiera ser insuficiente y que la red social institucional vinculada a los Centros Municipales de Educación Infantil - CMEIs - para el apoyo a los niños con sospechas de TEA en Foz do Iguaçu no estuviera bien constituida. El desarrollo de la investigación se dio por medio del enfoque cualitativo. El campo de investigación se constituyó de 10 CMEIs de la región norte de la ciudad, lugar de mayor concentración de unidades escolares. Se seleccionó 1 profesor de cada CMEI, totalizando 10 participantes. Los criterios de inclusión fueron profesores con más de 3 años de experiencia docente y con actuación en niveles superiores al jardín maternal, que va hasta los 2 años. La recolección de datos se dio por medio de entrevistas semiestructuradas y la construcción del mapa mínimo de la red social institucional, realizados con los profesores, entre los meses de septiembre y diciembre de 2016. Para el tratamiento y análisis de los datos, se utilizó el análisis de contenido, modalidad temática. Los mapas de red social institucional fueron interpretados a la luz de los criterios descritos por Walter Ude, del principio de la integralidad en el cuidado y de las Redes de Atención Psicosocial preconizadas por el Ministerio de Salud para individuos con TEA, en Brasil. A partir del análisis de los discursos de los participantes, observamos que los profesores tienen conocimiento sobre las principales características del TEA, a pesar de la necesidad de aclaración sobre la amplia variedad fenotípica del trastorno. El impacto de las experiencias del profesor con el TEA en el aula fue un tema recurrente en las conversaciones. En el análisis de los mapas mínimos de red, se observó que los principales apoyos de las escuelas en la acogida de los casos sospechosos de TEA fueron la dirección o coordinación de los CMEIs, las familias y los profesionales del "Programa Construyendo la Ciudadanía". Se consideró que, a pesar de la necesidad de más aclaraciones, los profesores actualmente tienen condiciones de identificar alumnos con signos sospechosos de TEA en el aula, pudiendo ser insertados en la Red de Atención Psicosocial como agentes de rastreo del autismo. Se destacó, también, que la red social institucional de apoyo a la escuela en Foz do Iguaçu todavía es precaria, necesitando, por lo tanto, ser reformulada y potenciada.

**Palabras Clave:** Trastorno Autístico; Diagnóstico Precoz; Docentes; Preescolar; Guarderías infantiles; Servicios de Salud.

## LISTA DE SIGLAS

ABA	<i>Applied Behavior Analysis</i>
ABC	<i>Autism Behavior Checklist</i>
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AC	Atenção Compartilhada
ADI-R	<i>Autism Diagnostic Interview-Revised</i>
ADOS-G	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule-Generice</i>
ATA	Escala de Avaliação de Traços Autísticos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CARS	<i>Childhood Autism Rating Scale</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CNE/CP	Conselho Nacional de Educação / Conselho Pleno
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSM-III R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 3, revisado ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3</i> )
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5</i> )
EUA	Estados Unidos da América
FAA	Fenótipo Ampliado do Autismo
FE	Funções Executivas
FICA	Ficha de Comunicação do Aluno Ausente
IAC	Iniciação da Atenção Compartilhada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA	Inventário de Comportamentos Autísticos
ICS	Iniciação de Comportamento de Solicitação
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Km	Quilômetro
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
MEC	Ministério da Educação
Nº	Número
NBR	Norma Brasileira
ONU	Organização das Nações Unidas
ORG	Organizador
P.1	Participante 1
P.2	Participante 2
P.3	Participante 3
P.4	Participante 4
P.5	Participante 5
P.6	Participante 6
P.7	Participante 7
P.8	Participante 8

P.9	Participante 9
P.10	Participante 10
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
R01	Região das Três Lagoas
R02	Região da Vila “C”
R03	Região do São Francisco
R04	Região do Porto Meira
R05	Região do Jardim São Paulo
R06	Região do Jardim América
R07	Região do Imperatriz
R08	Região AKLP
R09	Região Central
R10	Região do Campos do Iguaçu
R11	Região da Vila Carimã
R12	Região Rural
RAC	Resposta à Atenção Compartilhada
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SCQ	<i>Social Communication Questionnaire</i>
SEESP	Secretaria de Educação Especial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children</i>
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cenário experimental do Teste de Sally-Anne.....	25
Figura 2 – RAPS de indivíduos com TEA e suas famílias.....	36
Figura 3 – Rede Ampliada e a articulações intersetoriais .....	37
Figura 4 – Mapa Mínimo das Redes Sociais Institucionais.....	46
Figura 5 – Mapa mínimo de redes construído pela P.3 .....	87
Figura 6 – Mapa mínimo de redes construído pela P.7 .....	88
Figura 7 – Mapa mínimo de redes construído pela P.4 .....	92

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>QUADRO CONCEITUAL .....</b>	<b>21</b>
4.1	TEA: histórico e aspectos clínicos.....	21
4.2	A Educação e a Saúde diante do TEA: considerações sobre a realidade brasileira .....	31
4.3	Redes Sociais Institucionais, integralidade no cuidado e a RAPS .....	33
<b>5</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
5.1	Caracterização do estudo .....	38
5.2	Campo de estudo .....	38
5.2.1	Foz do Iguaçu .....	38
5.2.2	Caracterização dos CMEIs .....	42
5.3	Participantes do estudo .....	43
5.3.1	Critérios de inclusão .....	43
5.3.2	Seleção dos participantes.....	43
5.4	Procedimentos para coleta dos dados .....	44
5.4.1	Entrevista.....	44
5.4.2	Construção dos mapas de redes .....	45
5.5	Procedimentos para a análise dos dados.....	48
5.6	Aspectos éticos .....	49
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
6.1	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	50
6.2	Os núcleos temáticos .....	51
6.3	Mapa mínimo de redes – a rede social institucional de apoio à escola frente à suspeita de TEA .....	84
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	111
	APÊNDICE B – Matriz do mapa de redes .....	112
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	113
	APÊNDICE D – Mapa de redes construído pela P.1 .....	115
	APÊNDICE E – Mapa de Redes construído pela P.2 .....	116
	APÊNDICE F – Mapa de Redes construído pela P.5.....	117
	APÊNDICE G – Mapa de Redes construído pela P.6.....	118
	APÊNDICE H – Mapa de Redes construído pela P.8.....	119
	APÊNDICE I – Mapa de Redes construído pela P.9.....	120
	APÊNDICE J – Mapa de Redes construído pela P.10 .....	121
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	122
	ANEXO B – Termo de ciência do responsável pelo campo de estudo .....	125

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma síndrome comportamental com etiologia multifatorial, considerado um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD). Tem apresentação clínica variável quanto às manifestações comportamentais e gravidade (ASSUMPÇÃO JR; KUCZYNSKI, 2012).

As principais características do TEA alicerçam-se no comprometimento de três competências básicas do ser humano (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), assim descritas:

- a) atividades:
  - padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesses ou atividades, com manifestação de estereotípias, padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, hiporreatividade ou hiperreatividade a estímulos sensoriais;
- b) comunicação:
  - atrasos e comprometimento no estabelecimento de comunicação verbal eficaz (linguagem) e não verbal;
- c) interação social:
  - déficit ou inabilidade em relacionar-se com o outro, manifestar empatia ou em reconhecer regras sociais elementares.

O TEA tem curso crônico e, em geral, traz incapacidade funcional ao indivíduo afetado, tornando-o pouco predisposto a estabelecer uma rotina produtiva ou ter autonomia para as atividades da vida diária, incluindo a própria sobrevivência (SHATTUCK et al., 2012).

Com o diagnóstico precoce, é possível estabelecer a terapêutica multiprofissional adequada desde a tenra infância, modificando significativamente os aspectos mais críticos do TEA, aumentando as chances daquela pessoa ter uma independência relativa e maior inserção social. Portanto, o reconhecimento dos sinais clássicos do TEA, seja por profissionais de Saúde ou da Educação, resultando no encaminhamento da criança ao profissional especializado para investigação diagnóstica, seria o primeiro e mais efetivo agente de modificação da doença, ferramenta imprescindível, na esfera da Saúde Pública, para a minimização dos impactos da morbidade em âmbito populacional (LAMPREIA; LIMA, 2011).

No Brasil, os currículos dos cursos de Medicina, Psicologia, e Pedagogia, por exemplo, cujos profissionais formados tornar-se-ão os principais destinos de crianças com TEA, abrangem minimamente o ensino sobre o distúrbio; muitas vezes sequer tem previsto, em seu escopo, o ensino do TEA durante a graduação (BRASIL, 2005, 2011, 2014).

No caso específico da Pedagogia, a disciplina de Educação Especial Inclusiva, na qual o TEA deve ser explanado, deveria ser mais valorizada na formação do professor. Conforme aponta o Parecer CNE/CP N° 5, de 13 de dezembro de 2005, que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, reexaminado pelo Parecer CNE/CP n° 3/2006, “a inclusão não é uma modalidade, mas um princípio do trabalho educativo. Inclusão e atenção às necessidades educacionais especiais são exigências constitutivas da educação escolar, como um todo.” (BRASIL, 2005, p. 12-13).

No entanto, contraditoriamente, insere a formação em educação inclusiva na condição de “atividade complementar” conforme as demandas regionais, alçando-a ao mesmo patamar da educação do campo, educação indígena, educação em remanescentes de quilombos, dentre outros (BRASIL, 2005).

A “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” (BRASIL, 2008, p. 14) tem por objetivo:

[...] 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**; [...] (grifo nosso)

Enfatiza ainda que:

[...] as instituições de ensino superior devem prever em sua organização curricular formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais. (BRASIL, 2008, p. 9)

Deimling e Caiado (2012) analisaram o Projeto Político-Pedagógico dos cursos de Pedagogia de três universidades estaduais paulistas de destaque no Brasil – USP, UNICAMP e UNESP –, realizando um levantamento sobre a formação de professores para a Educação Especial Inclusiva. Na pesquisa, apenas um dos cursos analisados apresentou satisfatória carga horária obrigatória para a disciplina de Educação Especial Inclusiva, além de oferecer razoável rol de disciplinas eletivas e atividades práticas na área. Os demais cursos não

lograram êxito neste sentido. A partir dos resultados da pesquisa, argumentam que as Universidades são desobrigadas de oferecer conteúdos relacionados à Educação Especial pela carência de regulamentação que as obrigue a assim proceder.

Na formação do professor, o conhecimento sobre o TEA está intimamente ligado à disciplina da Educação Especial, no contexto dos TGD (BRASIL, 2008, 2012). Além disso, cabe salientar que a indicação da necessidade de inserção da Educação Especial Inclusiva no escopo do curso de Pedagogia é muito recente (BRASIL, 2008, 2009). Percentual maciço de professores formados em períodos anteriores a esta obrigatoriedade possivelmente não recebeu qualquer treinamento na área, a não ser quando optou voluntariamente pelo aprofundamento na referida linha de estudo (BRASIL, 2005).

Contudo, não somente o aspecto técnico tem relevância quando se avalia o conhecimento que alguém possui sobre determinado assunto. A representação da realidade explicita o somatório das ideias, emoções, experiências anteriores, conhecimentos e influências socioculturais da pessoa; ou seja, a visão de mundo depende da forma particular de observar, processar e interagir com os objetos (MINAYO, 2006). Assim, no caso deste projeto de pesquisa, pressupõe-se que idealizações e experiências prévias relacionadas ao tema “autismo” possam afetar diretamente a compreensão do docente sobre o TEA, extrapolando o nível do conteúdo teórico em si, tão-somente. Torna-se imperioso, portanto, conhecer e explorar tais percepções e opiniões sobre o assunto.

O desafio da detecção precoce do TEA na área da educação é apenas um elemento da problemática. A partir da suspeita diagnóstica, faz-se necessário saber o que fazer, para quem encaminhar, quem poderá auxiliar no caso e qual a eficácia e confiabilidade desta rede de suporte (BRASIL, 2015). Se o direcionamento do caso for inadequado ou inconsistente, a identificação dos sinais do TEA não resultará, de fato, em diagnóstico e terapêutica precoce, neutralizando os esforços primordiais do educador. O direcionamento dos fluxos de encaminhamentos e interações institucionais, desencadeados após a assunção da possibilidade de um aluno apresentar o TEA, pode ser melhor compreendido a partir do estudo e análise da rede social institucional de suporte vinculada à escola (UDE, 2008).

Diante de tal panorama, a presente pesquisa orientou-se a partir das seguintes questões: qual a percepção dos professores atuantes nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) de Foz do Iguaçu, Paraná, sobre o TEA em alunos pré-escolares (2 a 5 anos)? E, na suspeita de TEA, como a escola articula o cuidado e a atenção às crianças com

suspeita de TEA, tendo em vista o diagnóstico, com outros setores da sociedade, ou seja, como se compõe o mapa da rede social institucional?

A partir desta investigação, buscamos dar voz aos professores, compreender sua percepção sobre o TEA e conhecer mais sobre a rede de suporte às escolas no acolhimento ao aluno. A voz dos educadores tem muito valor e a creche é um espaço importante, crítico, quando se pensa em diagnóstico precoce (ZAQUEU et al., 2015).

Filipek e colaboradores (2000), ao discutir sobre os profissionais implicados na assistência a indivíduos com TEA nos EUA, concluíram que pais e professores foram os principais agentes de apoio, e não os profissionais de saúde. Sevilla, Bermúdez e Sánchez (2013), em estudos na Espanha, referem que a suspeita de autismo é levantada mais frequentemente pelos pais e professores. Também relatam que houve atrasos diagnósticos apesar da observação dos sinais de TEA, em função da negação da família, negligência do profissional de saúde ou pela longa espera pela consulta com especialistas.

Apesar do respaldo na literatura, ainda que escassa, a inclusão do educador no algoritmo do diagnóstico precoce parece ser pouco explorada e sistematizada, em geral, condição evidenciada pela falta de fluxos funcionais, ágeis e efetivos entre as equipes da Educação e Saúde, como observado nos resultados de nosso estudo.

Por outro lado, a inclusão escolar e o desenvolvimento de estratégias pedagógicas são os temas mais abordados na literatura quando o assunto é professores e TEA (LEMOS; SALOMÃO; AGRIPINO-RAMOS, 2014; NEVES et al.; 2014). A interação do professor com aluno autista em sala de aula também é tema recorrente nas pesquisas. Pimentel e Fernandes (2014) ressalta a falta de preparo e formação do professor para lidar com o TEA em sala de aula e salienta a necessidade do cuidado a estes profissionais do ponto de vista emocional, no contexto da inclusão. Estes também foram temas emergentes e espontâneos nas falas dos entrevistados em nossa pesquisa.

A reflexão é inevitável: a inserção do professor no fluxo do diagnóstico precoce do TEA deve estar ligada incondicionalmente ao suporte, preparo, cuidado e assistência ao próprio educador, enquanto ocorre o acolhimento e encaminhamento do aluno. Quando as percepções dos professores sobre o TEA são tão permeadas pelo teor de suas experiências em sala de aula, conforme pode ser avaliado nos resultados deste estudo, este é um ponto que não deve e nem pode ser negligenciado (FAVORETTO; LAMÔNICA, 2014; BENITEZ; DOMENICONI, 2014).

## 2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico precoce é o primeiro e mais impactante fator modificador do curso da doença no TEA. Pesquisas têm sido conduzidas no sentido de elaborar ferramentas eficazes para que o TEA seja suspeitado ainda nos dois primeiros anos de vida, de modo a permitir a pronta intervenção terapêutica (BOSA, 2002; BEDIA et al., 2006; GARCIA; LAMPREIA, 2011; LAMPREIA; LIMA, 2011; ZANON; BACKES; BOSA, 2014; SCHWARTZMAN et al., 2015).

Os pais de crianças com TEA, em grande parte dos casos, notam que o comportamento e desenvolvimento do filho possuem comprometimentos. Zanon, Backes e Bosa (2014), em pesquisa sobre a identificação dos primeiros sintomas de autismo pelos pais, chegaram à média de idade aproximada de 16 meses para os genitores assumirem que há anormalidades no comportamento dos filhos.

Sevilla, Bermudez e Sánchez (2013), em estudo sobre a detecção precoce do autismo em Canarias, região autônoma da Espanha, obtiveram resultados interessantes em relação aos agentes que contribuem para o diagnóstico e o tempo necessário para o processo. Em 79% dos casos, a família teve as primeiras suspeitas sobre TEA e em 15% dos casos foram os professores de Educação Infantil que indicaram a possibilidade diagnóstica. Em apenas 4% dos casos, o profissional relacionado foi o pediatra e em 2%, o psicólogo.

Em mais da metade dos casos, a primeira suspeita ocorreu entre 12 e 24 meses de idade da criança. Os pesquisadores apontam nos resultados que desde as primeiras suspeitas até o diagnóstico confirmado, o tempo médio decorrido foram 16 meses, um significativo atraso. Atribuem o fato ao tempo perdido em filas de espera para consulta com especialistas, a quem foi designada a incumbência de confirmação do transtorno. Muito importante destacar o fato dos professores terem sido responsáveis em apontar sinais suspeitos de autismo nos alunos em 15% dos casos, apenas atrás das famílias e cuidadores, demonstrando a importância do professor no diagnóstico precoce (SEVILLA; BERMUDEZ; SÁNCHEZ, 2013).

Siklos e Kerns (2007) apontam quatro fatores que levam ao atraso diagnóstico:

- a) escassez de serviços especializados;
- b) falta de profissionais treinados para reconhecer as manifestações precoces do transtorno;

- c) limitações na avaliação de pré-escolares;
- d) variabilidade na expressão dos sintomas do TEA.

No Brasil, apesar da família reconhecer e identificar comportamento e desenvolvimento inadequados nos filhos antes dos 2 anos de idade, o diagnóstico definitivo de TEA pode permanecer em aberto até a idade escolar, diminuindo as chances de resultados satisfatórios nas intervenções terapêuticas que melhorem o prognóstico do indivíduo (SILVA; MULICK, 2009; GOMES et al., 2015).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) vem sensibilizando os pediatras nos últimos anos sobre a importância do reconhecimento do TEA, visando diminuir a recorrência dos atrasos diagnósticos (HALPERN, 2012). Contudo, ainda há muito a ser feito no sentido da capacitação plena dos pediatras; o TEA ainda é muito negligenciado (SIKLOS; KERNS, 2007).

No caso dos professores, a situação ainda é mais crítica. A variedade da expressão dos sintomas, as influências culturais, a falta de preparo teórico-prático e as concepções errôneas preconcebidas a respeito do TEA dificultam muito a detecção dos sinais iniciais no alunado (SANTOS; SANTOS, 2012; MISQUIATTI et al., 2014).

O professor da Educação Infantil mantém contato com lactentes e crianças pré-escolares durante longo período de tempo. Desta maneira, o docente representa importante papel, em termos de Saúde Pública, no empenho para o diagnóstico precoce do TEA na população. Zaqueu et al. (2015, p. 294), investigando sobre sinais precoces de TEA, falhas na Atenção Compartilhada (AC) e atrasos do desenvolvimento em crianças de creches de Barueri, São Paulo, ratificam esta condição:

Nas últimas décadas, a creche se tornou um dos principais locais de agrupamento de crianças brasileiras menores de três anos de idade (Pacheco & Dupret, 2004), por isso, tem sido considerada um dos locais mais propícios para intervenção na primeira infância. O tempo de permanência dessas crianças em creches permite a observação do seu processo de interação social, favorecendo a identificação de déficits no desenvolvimento infantil incluindo falhas na AC, assim como de outros sinais precoces de TEA.

Misquiatti et al. (2014), em pesquisa com professores em relação ao autismo, encontraram dados objetivos demonstrando que uma capacitação simples da equipe docente foi suficiente para melhorar a habilitação dos educadores para o reconhecimento dos sinais clássicos do TEA. Nestas condições, os Centros de Educação Infantil poderiam atuar em rede e de forma intersetorial com as Unidades de Saúde, auxiliando sobremaneira no encaminhamento e tratamento das crianças com TEA (BRASIL, 2015).

Por outro lado, não somente a suspeita diagnóstica tem impacto no prognóstico do TEA; o encaminhamento para especialistas que confirmem o caso e a pronta instituição de terapêuticas eficazes são os desfechos esperados para os casos suspeitos. A falta de profissionais de saúde com experiência e conhecimento em TEA, assim como o difícil acesso aos serviços que possam dar suporte à criança e à família, são condições que neutralizam os esforços despendidos na detecção precoce do transtorno (ZAQUEU et al., 2015). É preciso compreender como se articulam as instituições, grupos e setores da Sociedade que, a rigor, dariam suporte aos casos em questão, possibilitando o entendimento sobre os aspectos funcionais e os pontos a serem melhorados nesta rede.

Justifica-se, assim, a relevância de realizar esta pesquisa, com o fito de pensar estratégias práticas de intervenção a partir dos resultados, corroborando com as iniciativas nacionais e internacionais para o diagnóstico e a terapêutica precoce do TEA.

### **3 OBJETIVOS**

1. Conhecer a percepção de professores da Educação Infantil sobre o TEA em alunos pré-escolares;
2. Identificar e analisar, a partir da ótica dos educadores, a existência ou não de uma rede social institucional, sua composição e vínculos;
3. Compreender como os professores acolhem e auxiliam os alunos com suspeita de TEA.

## 4 QUADRO CONCEITUAL

### 4.1 TEA: histórico e aspectos clínicos

O termo “autismo” foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler em 1911, na monografia *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, ainda vinculado ao contexto da esquizofrenia. O termo autismo tem raiz no idioma grego, no qual “autós” significa “de si mesmo, por si mesmo, espontaneamente” (CUNHA, 2000; LARA, 2012). Em 1943, o médico austríaco, radicado nos Estados Unidos (EUA), Leo Kanner descreveu como Distúrbio Autístico do Contato Afetivo o quadro caracterizado por isolamento, obsessão, estereotípias e ecolalia, a partir da rigorosa observação de um grupo de crianças de 2 a 8 anos de idade, no hospital John Hopkins, em Baltimore, EUA. A descrição nosológica de Kanner lançou bases para a noção atual do TEA (BRASIL, 2014; RAMIREZ, 2014).

Em 1944, o médico austríaco Hans Asperger também utilizou o termo autismo para descrever casos de indivíduos mais velhos com problemas de adaptação ao ambiente e nas relações sociais, contudo sem comprometimento cognitivo, às vezes até assumindo condição de franca originalidade do pensamento, que funcionaria como elemento compensador das dificuldades adaptativas. No entanto, o trabalho de Asperger permaneceu na obscuridade por muitos anos, somente se popularizando em 1980, a partir da referência ao artigo nos escritos de Lorna Wing, psiquiatra de destaque nas pesquisas sobre o autismo (LARA, 2012; BRASIL, 2014, 2015).

Pesquisadores da linha psicanalítica, a exemplo de Bruno Bettelheim (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012), Margaret Mahler, Frances Tustin e Donald Meltzer, e do cognitivismo, como Edward Ritvo e Michael Rutter (1978), também agregaram teorias, práticas e análises, aumentando a densidade e a complexidade dos conhecimentos sobre o TEA (ASSUMPCÃO JR; KUCZYNSKI, 2009, 2012; LARA, 2012; BRASIL, 2014, 2015). Stella Chees, na década de 70, foi pioneira pesquisadora a associar autismo e doença neurológica, a partir do estudo de casos de crianças com rubéola (FLÓREZ, 2014).

Recentemente, com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (DSM-5), o autismo passou a ser denominado Transtorno do Espectro do Autismo devido à diversidade de apresentações e de nuances na expressão dos sinais e na gravidade dos casos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; DELL’OSSO

et al., 2016). Os polos opostos do espectro são representados pela manifestação autística severa, com deficiência intelectual grave e pouquíssima interação com o ambiente, e o TEA no qual a inteligência é normal ou acima da média, incluindo aí a outrora denominada Síndrome de Asperger e o TEA de alto funcionamento, com comprometimentos mais expressivos na área da socialização e no comportamento adaptativo (DELL’OSSO et al., 2016). O conceito de espectro autístico e a definição da tríade clássica de sintomas desenvolveu-se a partir dos trabalhos de Lorna Wing e Judith Gould. No DSM-III R, em 1987, já era contemplada a existência de um espectro de manifestações, mas foi no DSM-5, publicado na língua inglesa em 2013, que esta perspectiva foi assumida plenamente (FLÓREZ, 2014).

Os critérios diagnósticos do TEA descritos no DSM-5, aqui elencados de modo sintético, são (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014):

- a) prejuízos na comunicação e interação social, com atrasos na aquisição da linguagem;
- b) ritualização do comportamento e interesses restritos, incluindo movimentos e linguagem estereotipados e repetitivos, apego às rotinas, ritualização do comportamento, restrição dos interesses e distúrbios sensoriais.

Há ampla variação na expressão dos sinais. A sintomatologia deve manifestar-se na fase de desenvolvimento, de modo precoce, e causar prejuízo ao indivíduo, nas atividades e habilidades relevantes para a vida pessoal. O TEA pode estar associado ou não a comprometimentos da linguagem e da capacidade intelectual. Há 3 níveis de gravidade; ascende do nível 1 ao 3, conforme a maior necessidade de apoio e dependência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em relação à comunicação, tanto a verbal quanto a não verbal encontram-se comprometidas (ZANON; BACKES; BOSA, 2014, 2015). Em geral ocorrem atrasos significativos na aquisição da linguagem, seja receptiva ou expressiva, mas pode acontecer desenvolvimento normal até o primeiro ano ou meados do segundo ano de vida, com regressão posterior (TAMANHA et al., 2014). A regressão da linguagem é caracterizada pela perda da expressão de três a cinco palavras contextualizadas, excetuando-se “mama” e “papa”, por mais de 3 meses. Pode ou não ocorrer regressão na área social, comunicação não verbal e na capacidade de brincar (BACKES; ZANON; BOSA, 2015). Ocorre em 15 a 50% dos casos de autismo e surge mais frequentemente por volta dos 24 meses de vida. O atraso

da linguagem ou sua regressão é o sinal mais frequentemente identificado pelos pais no TEA (TAMANAHA et al., 2014).

Vale ressaltar que casos mais leves de TEA podem não cursar com atrasos na aquisição da linguagem, mas o prejuízo da empatia acaba empobrecendo a comunicação social (BARON-COHEN, 2010). A dificuldade no uso de termos abstratos é um resultado direto do comprometimento da interação social, porque só ganham sentido e aplicabilidade a partir e em função da convivência empática, já que expressam estados mentais, desejos, emoções, conferem significados aos indivíduos e o mundo ao redor. O conteúdo do discurso, portanto, é concreto, literal, com escassa abstração do pensamento. Palavras de duplo sentido, ironia, piadas, metáforas e mentiras, por exemplo, são pouco identificadas ou compreendidas (JUILLERAT et al., 2015).

Outras características do processo comunicativo são a ecolalia, ou o ato de repetir palavras ou frases ditas por si mesmo ou outras pessoas, a autorreferência em terceira pessoa, a prosódia monótona, o uso rotineiro de palavras rebuscadas e as crises de agressividade ou irritação, quando não consegue estabelecer uma comunicação eficaz (BARON-COHEN, 2010).

A AC é a primeira demonstração concreta do partilhamento social da criança com outro indivíduo. Surge por volta dos 9 meses de idade e estará plenamente desenvolvida até os 15 meses de vida. Os três comportamentos esperados na AC são (CAMINHA; LAMPREIA, 2012; LAMPREIA; LIMA, 2011; ZAQUEU et al., 2015):

- a. Resposta à AC (RAC):
  - capacidade de direcionar o olhar para onde outras pessoas estão olhando ou apontando;
- b. Iniciação da AC (IAC):
  - uso de gestos e olhar para mobilizar a atenção e compartilhar experiências sobre algum evento de interesse da própria criança, sem ter sido incentivada por outro indivíduo. Representa a função declarativa, a florada entre 12 e 15 meses. É considerado o comportamento mais prejudicado no TEA;
- c. Iniciação de Comportamento de Solicitação (ICS):
  - emprego do olhar ou gestos para indicar os próprios desejos a outra pessoa, de modo a ser auxiliada. A ICS tem relação com o uso de gestos, a exemplo do apontar, com função imperativa, com a intenção de pedir objetos fora de alcance. Está desenvolvida ao redor dos 13 meses de idade. O apontar imperativo às vezes

é substituído pelo ato da criança com TEA conduzir o parceiro social, puxado pelo braço, até o objeto de interesse.

A capacidade de imitação está bem desenvolvida aos 18 meses de idade e o jogo simbólico, ou a brincadeira de faz-de-conta, está presente por volta dos 3 anos. Tais habilidades são dependentes da AC, do processo de socialização, envolvem o exercício do olhar sobre as pessoas; em crianças com TEA, estes comportamentos, portanto, não ocorrem, aparecem de modo precário ou tardio (LAMPREIA; LIMA, 2011; SOUZA et al., 2015).

Crianças com autismo apresentam limitado repertório de jogo simbólico espontâneo, conforme demonstram diversas pesquisas. A atenção compartilhada é o alicerce da capacidade de comunicação da criança e esquematização de sua representação; o jogo simbólico é um elemento no conjunto dessas representações. Considera-se que os prejuízos no desenvolvimento do jogo simbólico, portanto, possam ter relação com o comprometimento da atenção compartilhada. O jogo simbólico também apresenta relação direta com o progresso das habilidades de linguagem; assim, a deficiência nesta área impactaria, conseqüentemente, a comunicação verbal (KASARI; CHANG; PATTERSON, 2013).

A relação com os brinquedos também pode ser disfuncional, não se assumindo o contexto simbólico esperado quanto ao que o objeto representa. Por exemplo, um carrinho de brinquedo; a criança com autismo pode dedicar muito tempo a girar uma roda, levá-lo à boca (em idade não apropriada para isto), observar pequenas partes e não simplesmente “brincar de carrinho” (BAGAROLLO; RIBEIRO; PANHOCA, 2013; SABOIA, 2015).

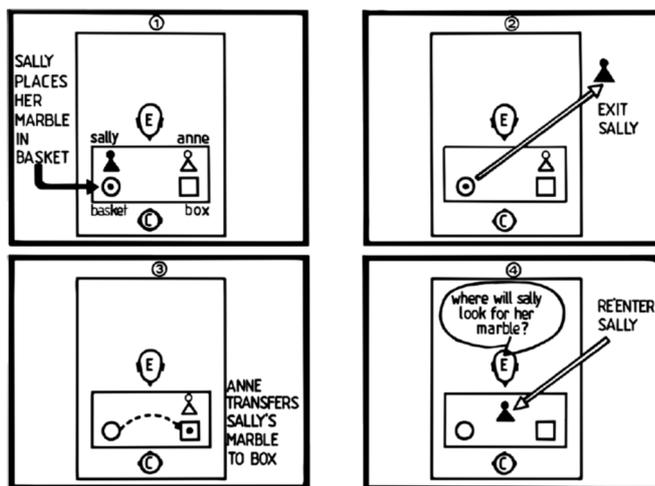
Do ponto de vista social, a empatia encontra-se prejudicada; a falta de empatia é um problema central no TEA. Há muita dificuldade no reconhecimento dos sentimentos e comportamentos alheios, o que implica em prejuízo na construção de relacionamentos (CAMARGO; BOSA, 2012). A Teoria da Mente é a capacidade do indivíduo de compreender e caracterizar os estados mentais e condutas manifestadas pelos outros, tornando-o capaz de antecipar ações em prol da resolução de problemas e ajuste da própria conduta (CALDERÓN et al., 2012). Esta habilidade é complexa, requer empatia (MARTINEZ, 2013).

O conceito da Teoria da Mente foi descrito inicialmente por David Premack e Guy Woodruff em 1978 após pesquisa com chimpanzés, concluindo que estes animais a possuíam.

Em seres humanos, foram desenvolvidos alguns instrumentos para testagem dessa capacidade (CALDERÓN et al., 2012).

Em crianças, foi e ainda é largamente utilizado o teste de compreensão de falsas crenças, também conhecido como Teste de Sally-Anne, elaborado por Simon Baron-Cohen, Adam Leslie e Utah Frith (1985). Consistiu um experimento com 2 bonecas, denominadas Sally e Anne, uma cesta e uma caixa (Figura 1). O examinador explica à criança uma história, certificando-se de que houve entendimento. A história é a seguinte: Sally coloca a bola na cesta e sai para uma volta. Na sua ausência, Anne retira a bola da cesta, coloca na caixa e vai embora. Quando Sally retorna, onde ela irá procurar a bola? Ao indicar a caixa, a resposta incorreta, as crianças demonstraram negligenciar a crença original de Sally, admitindo uma falsa crença como realidade (BARON-COHEN; LESLIE; FRITH, 1985).

Figura 1 – Cenário experimental do Teste de Sally-Anne



Fonte: Baron-Cohen, Leslie e Frith, 1985, p. 41.

Hoje, este experimento é realizado com gravuras ou dramatizações. Pesquisas apontam que 80% das pessoas com TEA respondem ao teste incorretamente. No TEA, há significativo prejuízo da Teoria da Mente, o que leva os indivíduos afetados a não entender os sinais expressos pelos interlocutores, moduladores da conduta, condição inalijável à dinâmica dos relacionamentos (MARTINEZ, 2013).

Teorias, como a que versa sobre os neurônios espelho, buscaram um substrato neurológico para esta dificuldade (RIZOLLATTI et al., 1996). Os neurônios espelho seriam os responsáveis em fazer com que o indivíduo corresponda emoções alheias da mesma maneira em si próprio, imite ações, movimentos (psicomotricidade) e habilidades sociais.

---

Isto aconteceria devido ao padrão de ativação similar de neurônios da pessoa e dos seus parceiros sociais desencadeados por emoções, ações e movimentos realizados na presença um do outro (OBERMAN; PINEDA; RAMACHANDRAN, 2007). Os neurônios espelho estariam prejudicados em pessoas com TEA (OBERMAN; RAMACHANDRAN, 2007; CALDERÓN et al., 2012; MARTINEZ, 2013). Além do impacto nas relações interpessoais, este prejuízo também estaria implicado em atraso motor em crianças pequenas e nas posturas corporais estranhas e rígidas, assumidas mais tarde (FLÓREZ, 2014).

A tendência a esquivar-se do contato interpessoal, inclusive dos pais e parentes, pode surgir já no primeiro ano de vida, mas pode acontecer mais tardiamente, quando ocorre regressão comportamental. No entanto, a incapacidade em decodificar regras sociais pode aparecer sob a forma de excessiva ingenuidade; o indivíduo, seja criança, adolescente ou adulto, pode inclinar-se a abraçar e beijar pessoas conhecidas ou estranhas, em contextos impróprios, de modo deslocado. Esta variabilidade do comportamento costuma ser geradora de confusão diagnóstica (JENDREIECK, 2014). Vale ressaltar que o investimento em prol do desenvolvimento das habilidades sociais de crianças com TEA melhora substancialmente sua competência social e a Teoria da Mente (CAMARGO; BOSA, 2012; CALDERÓN et al., 2012).

A pessoa com TEA pode manifestar estereotípias e maneirismos, a exemplo da marcha digitígrada (andar nas pontas dos pés), sem que haja disfunção anatômica ou funcional (DOMINGUES et al., 2016); movimentos das mãos próximos à face ou agitando-se rapidamente (*flapping*), quando sob excitação emocional; andar ou correr de um lado a outro incessantemente, sem finalidade aparente; embalar-se; balançar alguma parte do corpo de uma maneira específica; ou girar sobre o próprio eixo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em geral, indivíduos com autismo apresentam interesses restritos persistentes, levando-os a manter o hiperfoco na temática preferida na maior parte do tempo. Isso dificulta o diálogo e a alternância de tarefas, pois tendem a monologar sobre seus assuntos prediletos e a fixar-se nos seus objetos de interesse, afastando tarefas ou atividades que não lhe são agradáveis. A inflexibilidade em relação às mudanças na rotina e o padrão ritualizado de comportamento, exemplificado pelas condutas repetitivas e compulsivas, são característicos do transtorno, prejudicando o comportamento adaptativo, indispensável à sobrevivência, autonomia e convivência com os pares (FLÓREZ, 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em crianças pequenas, podem surgir tendências à agressividade, irritação, ansiedade e/ou crises nervosas quando afastadas dos seus interesses ou face às mudanças intempestivas da rotina. Este comportamento pode permanecer ao longo da vida, a depender do grau de investimento terapêutico realizado e nível de gravidade do TEA. Os rituais podem se apresentar das formas mais diversas possíveis: organização sistemática de objetos por letras, números, cores ou outra escala; separação de alimentos e seletividade na ingesta; enfileiramento ou empilhamento de objetos; realização do mesmo movimento repetidamente; dentre outros (RAMIREZ, 2014).

Os distúrbios sensoriais, ao modo da hipersensibilidade a ruídos, luminosidade, atenção e audição superseletiva, hiperestesia (aumento da sensibilidade tátil), hipoestesia (diminuição da sensibilidade tátil) ou sinestésias (conexões complexas e não usuais entre as modalidades sensoriais) são muito comuns. Estudos apontam que os distúrbios sensoriais, presentes em 70% a 80% dos casos de TEA, mais prevalentes nos indivíduos sem prejuízo intelectual (78% dos casos), podem ser uma das principais causas dos comportamentos desadaptativos sociais (CAMINHA; LAMPREIA, 2012). Autobiografias de autistas corroboram esta condição (BIALER, 2015). Outros estudos envolvendo autobiografias descrevem alternância entre os estados de sensibilidade, dificuldade em processar estímulos sensoriais diferentes ao mesmo tempo e na identificação sobre como e através de qual órgão sensorial o estímulo deve ser percebido (CAMINHA; LAMPREIA, 2012).

Em relação à etiologia do TEA, o substrato genético vem sendo muito pesquisado. Considera-se que genes relacionados ao desenvolvimento dos neurônios e à sinaptogênese são afetados. Há associações positivas entre autismo e doenças genéticas, como a Síndrome de Rett, a Síndrome de Prader-Willi, a Síndrome de Angelman, a Síndrome do X frágil e a Síndrome de Timothy (OVIEDO et al., 2015). Alterações do cromossomo 15q11-q13 também foram fortemente relacionadas ao autismo (BALBUENA, 2015). A prevalência de TEA entre irmãos consanguíneos gira em torno de 2 a 8% e entre gêmeos univitelinos, cerca de 60% (HERNÁNDEZ; OTERO; RODRÍGUEZ, 2015). O fenótipo ampliado do autismo (FAA), ou manifestação atenuada de traços autísticos em pessoas sem TEA, varia de 12 a 30% em familiares de indivíduos autistas (CRUZ; CAMARGOS JR; ROCHA, 2013).

Fatores neurobiológicos implicados na etiologia do TEA abarcam alterações estruturais, metabólicas e desordens em neurotransmissores (PEREIRA; PEGORARO; CENDES, 2012).

A interação entre o ambiente e a predisposição biológica do indivíduo pode ser gatilho para o TEA. Infecções congênitas, partos distócicos, baixo peso ao nascer, prematuridade, idade materna elevada, toxinas exógenas e uso de medicamentos específicos na gestação são exemplos de fatores ambientais possivelmente relacionados ao TEA (CORREA; RODRÍGUEZ; ÁVILA-TOSCANO, 2012; BALBUENA, 2015; HERNÁNDEZ; OTERO; RODRÍGUEZ, 2015).

Algumas comorbidades são comuns no TEA. Estima-se que a epilepsia esteja presente em 20-25% dos indivíduos com autismo (BRENTANI et al., 2013), sendo que a prevalência na população geral é de cerca de 1% (MATOS et al., 2015). Comportamentos de auto-agressividade estão presentes em 50% dos casos; Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em 28-74%; distúrbios do sono em 40-86% (BRENTANI et al., 2013); transtorno de ansiedade em 35%; Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) em 19-25%; Síndrome de Tourette em 8-20%; e transtorno depressivo em 15% dos casos. Pode haver uma ou mais comorbidades simultaneamente (FLÓREZ, 2014).

Marcadores biológicos e exames de neuroimagem têm sido pesquisados como recurso diagnóstico para o TEA (GLIGA et al., 2014). Recentemente, pesquisadores dos EUA, ao realizarem exames de ressonância magnética em cérebros de bebês com situação familiar de risco para TEA, detectaram anormalidades morfológicas antes mesmo do aparecimento de sintomas autísticos. A pesquisa fundamenta-se no fato conhecido de que muitos indivíduos com TEA apresentam aumento do volume cerebral (macrocrania), em geral observado entre 12 e 24 meses de vida; no estudo, uma hiperexpansão da superfície cortical precedendo o surgimento da macrocrania foi detectada através da ressonância magnética em bebês de alto risco menores de 1 ano, com uma sensibilidade de 88% (HAZLETT et al., 2017). Tal fato é promissor no sentido do diagnóstico precoce, ao menos em crianças de risco.

Outro aspecto clínico interessante abordado em inúmeras pesquisas sobre o TEA são as funções executivas (FE), tema da Neuropsicologia. As FE são as funções cerebrais superiores que permitem ao indivíduo analisar dados do meio e planejar ações com finalidade adaptativa e de auto-organização. Envolve habilidades como internalização e processamento de informações, atenção, controle inibitório, planejamento, capacidade de articular elementos com coesão (componente visuoespacial), flexibilidade cognitiva, memória de trabalho, dentre outras (CZERMAINSKI et al., 2014). As FE normalmente são avaliadas através de testagens específicas, objetivando explorar uma ou mais competências.

No TEA, diversos componentes da FE estão comprometidos; a intensidade do dano varia de indivíduo a indivíduo.

Enumera-se, abaixo, alguns exemplos, a partir do modelo revisado de FE de Diamond (DIAMOND, 2013; GIACONI; RODRIGUES, 2014; RIVERO; GARRIDO, 2014; SOUZA et al., 2015; TALERO-GUTIERREZ et al., 2015):

- a) controle inibitório – impede ações impulsivas que levam a consequências indesejadas. Começam a se desenvolver por volta dos 12 meses de idade, desenvolve-se de modo acelerado na fase pré-escolar e alcança nível adulto em meados da adolescência (SEABRA et al., 2014). O controle inibitório encontra-se alterado no TEA, gerando impulsividade, necessidade imediata de recompensa, comportamentos opositivos, dificuldade no seguimento de regras, déficits na atenção seletiva, perseveração do comportamento e ineficácia no planejamento de ações;
- b) flexibilidade cognitiva – proporciona o ajuste cognitivo e do comportamento, de modo criativo e sob novas perspectivas, a partir de mudanças nas situações vivenciadas. Processo também disfuncional no TEA, levando à rigidez nas condutas, falta de espontaneidade nas relações sociais, dificuldade em iniciar conversas e à pobreza nas habilidades adaptativas, o denominado, popularmente, “jogo de cintura”;
- c) memória de trabalho – permite a retenção de informações por tempo limitado, necessária à complexificação progressiva das atividades, à lembrança sequencial de eventos, ao aprendizado para a evitação de condutas danosas e infrutíferas, dentre outras habilidades. O prejuízo nesta área conduz, na prática, às dificuldades de aprendizagem, comportamentos de risco, à desorganização, à dificuldade na lembrança da ordem de acontecimentos e ao esquecimento de ordens simples e tarefas, por exemplo.

Como todos os processos das FE funcionam interligados e interdependentes, esses comprometimentos interferem na velocidade de processamento, ou a agilidade do raciocínio na articulação das informações, e geram déficits atencionais, além de outros distúrbios (CZERMAINSKI et al., 2014).

Embora as testagens neuropsicológicas sejam úteis na compreensão sobre como se processam as funções corticais do indivíduo, delineando necessidades específicas para as

intervenções terapêuticas, não funcionam como instrumentos diagnósticos em si para o TEA. Existem instrumentos próprios para aplicação em caso de suspeita de TEA, em nível de triagem e de confirmação diagnóstica, alguns deles validados no Brasil (BRENTANI et al., 2013).

Para triagem de TEA no Brasil, são utilizadas as escalas: *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT); *Autism Behavior Checklist* (ABC), também denominado Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA); *Social Communication Questionnaire* (SCQ); e a Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA). Para diagnóstico, são aplicados os instrumentos *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R); o *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G); e o *Childhood Autism Rating Scale* (CARS). O ADI-R e o ADOS-G são considerados os instrumentos padrão-ouro para diagnóstico de TEA (AKSHOOMOFF; CORSELLO; SCHMIDT, 2006; BECKER et al., 2012; BRENTANI et al., 2013; BACKES et al., 2014; ENDRES et al., 2015; MARQUES; BOSA, 2015).

Recentemente, foi instituída, pela Lei 13.438/2017, a obrigatoriedade da aplicação, por pediatras que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), de um instrumento de detecção precoce de riscos psíquicos em crianças com 18 meses de vida, abrangendo o TEA (BRASIL, 2017).

Dados sobre a prevalência do TEA são díspares, porque variam conforme o critério de inclusão; oscilam entre 2 a 113 casos a cada 10.000 habitantes, de acordo com dados da ONU (GUEDES; TADA, 2015). De modo geral, estima-se uma média universal de 40 a 60 casos a cada 10.000 indivíduos (SILVA; MULICK, 2009). Pouco estudos foram conduzidos no Brasil abordando a prevalência do TEA e há muita carência de dados.

Ferreira (2008) realizou um levantamento nas bases de dados das instituições especiais de Santa Catarina, estimando a prevalência em 1,31 casos de autismo a cada 10.000 habitantes. Um estudo piloto realizado no estado de São Paulo, com publicação dos resultados em 2011, teve a finalidade de determinar a prevalência de transtornos invasivos do desenvolvimento; incluiu 1.470 crianças entre 7 e 12 anos de idade, obtendo a prevalência 0,3% de TEA (BRENTANI et al., 2013).

Considera-se que ocorrência seja 4 vezes maior em meninos do que em meninas (MANDY et al., 2012). No entanto, há possibilidade destes dados apresentarem viés de gênero, devido ao fato do TEA apresentar características diferentes, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, em homens e mulheres, podendo conduzir ao subdiagnóstico de

meninas. Também pode gerar viés o fato das escalas e instrumentos diagnósticos terem sido construídos, predominantemente, a partir do comportamento de indivíduos autistas do sexo masculino (LAI et al., 2015).

O aumento da prevalência de TEA nos últimos anos, em escala mundial, tem sido destacado nas publicações científicas. Diversas hipóteses foram aventadas para justificar esta condição, a exemplo da ampliação do espectro dos critérios de TEA; da melhoria dos métodos diagnósticos; da maior conscientização sobre o transtorno; da vulnerabilidade biológica e da suspeita da influência ambiental (HEPBURN et al., 2008).

Independente dos fatores causais, o incremento da prevalência de TEA tem mobilizado diversos países a estabelecer programas de conscientização multiprofissional, capacitação das equipes de saúde e protocolos diagnósticos para rastreamento precoce do autismo (BEDIA, 2006; GALLO-ALBORES, 2008; GRINKER et al., 2012).

Na esfera do tratamento do TEA, a intervenção multidisciplinar continua sendo a melhor opção, envolvendo a Fonoaudiologia, a Terapia Ocupacional e as terapias comportamentais, a exemplo dos métodos ABA (*Applied Behavior Analysis*) (FERNANDES; AMATO, 2013; MONTALVA; QUINTANILLA; SOLAR, 2012); TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*) (MONTALVA; QUINTANILLA; SOLAR, 2012; ZALAUQUETT et al., 2015); Denver (MONTALVA; QUINTANILLA; SOLAR, 2012); Son-Rise (HOUGHTON et al., 2013); e o Treino de Habilidades Sociais (FLÓREZ, 2014).

Tratamento medicamentoso pode ser considerado em alguns casos, para minimização de sintomas-alvo. Estima-se que 45-75% dos indivíduos com TEA sejam tratados com drogas psicotrópicas (BRENTANI et al., 2013). O prognóstico do TEA irá depender do nível de gravidade de cada caso e da presença ou não de intervenção precoce (ZALAUQUETT et al., 2015).

#### **4.2 A Educação e a Saúde diante do TEA: considerações sobre a realidade brasileira**

A obrigatoriedade da educação inclusiva para indivíduos com TGD foi chancelada em 2008, com a “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” (BRASIL, 2008). As “Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial” foram regulamentadas

em 2009 (BRASIL, 2009). Apesar disso, o conhecimento dos professores sobre as necessidades específicas dos alunos com TEA em processo de inclusão ainda se revela deficitário (SANTOS; SANTOS, 2012; SANINI; BOSA, 2015).

O Brasil vem seguindo a tendência internacional em relação à atenção ao TEA. O Ministério da Saúde disponibilizou as “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” (BRASIL, 2014), que destaca a importância do diagnóstico precoce para a instituição de terapêutica imediata, justificando a que a maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas cerebrais nos primeiros anos de vida implica na resposta melhor às intervenções. Os educadores aparecem no algoritmo final deste manual, enquanto agentes de rastreamento. Mas o conteúdo da obra, apesar de rico e bem elaborado, não explicita, com objetividade, o que esperar de uma criança com TEA no ambiente da sala de aula, informação relevante para o esclarecimento dos professores.

O manual publicado no ano seguinte, “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2015), discorre sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o indivíduo com autismo dentro do SUS.

No entanto, apesar do investimento teórico, não se observa, na prática, preparação adequada dos profissionais de saúde, nem da educação, para a identificação dos sinais precoces do TEA, nem disponibilidade ou funcionalidade efetiva da rede de suporte terapêutico ao TEA no SUS, salvo exceções (GOMES et al., 2015).

Há insuficiência de conhecimento sobre instrumentos de detecção precoce do autismo, falta de programas nacionais de vigilância do desenvolvimento infantil e falhas na formação do pediatra e do médico de família em relação aos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor infantil e aos sinais de alerta do TEA (JENDREIECK, 2014). Na esfera da educação, a desinformação e o despreparo sobre o TEA são idênticamente expressivos, em função das lacunas na graduação e falta de capacitações práticas sobre o tema (DEIMLING; CAIADO, 2012).

O olhar dos professores, no que tange à identificação dos sinais do TEA, pode ser considerado um excelente aliado no diagnóstico precoce, uma vez que o contato com a mesma criança é contínuo, sendo possível uma avaliação mais acurada (BOSA; HÖHER, 2009). Mas apesar dos professores serem reconhecidos, na teoria, como aliados na identificação precoce dos sinais do TEA, as ações práticas para capacitá-los são ainda incipientes. Zaqueu et al. (2015) enfatizam a importância de capacitar os professores da

creche pública sobre o autismo com a finalidade de detecção e encaminhamento terapêutico precoce, argumentando que a creche promoveria uma melhoria das condições da saúde mental infantil ao exercer suas funções de educar e cuidar, favorecendo intervenções eficazes para essa população.

Além dos desafios do diagnóstico precoce, a instituição da terapêutica também se revela um árido processo. As crianças com TEA usualmente necessitam de intervenções comportamentais, acompanhamento fonoaudiológico, terapia ocupacional, psicopedagogia, suporte médico especializado, dentre outras intervenções individualizadas (BRASIL, 2015).

No Brasil, tais serviços são pouco acessíveis ou mesmo inexistentes na rede pública, a depender da localidade. Além disso, até chegar a estas terapias, é necessário que a criança seja diagnosticada. Deduzir quem fará este diagnóstico e conduzirá as indicações terapêuticas pode ser muito difícil àqueles que encaminham, em especial aos profissionais que não pertencem à área da saúde. Há grande necessidade de clareza sobre os pontos de apoio institucionais para os quais poderão ser direcionados os casos suspeitos (GOMES et al., 2015).

#### **4.3 Redes Sociais Institucionais, integralidade no cuidado e a RAPS**

Desde a criação do SUS, amparado pela Constituição de 1988, a integralidade na assistência na área da saúde assumiu-se como um dos pilares pétreos de seu funcionamento, ao menos de maneira teórica (PINHO et al., 2007). Pressupõe-se a integralidade, do ponto de vista individual, como a condição que contempla a valorização das pessoas em todas as suas dimensões de expressão, compreendendo os elementos de complexidade e idiosincrasias que a tornam seres humanos únicos (TESSER; LUZ, 2008). A escuta ativa das demandas e o acolhimento permitiriam conhecer a dimensão de suas necessidades nas esferas física, psíquica, afetiva e social, possibilitando o cuidado abrangente e eficaz (AYRES, 2009).

Já em relação à integralidade na organização dos sistemas de saúde, exalta-se a articulação poliárquica, ou não hierarquizada, entre as diferentes dimensões do cuidado, abrangendo a atenção primária, secundária e terciária no processo de promoção de saúde, prevenção, terapêutica, reabilitação e cuidados paliativos, ocorrendo de modo sinérgico e

interdependente, visando atender as necessidades de cada indivíduo e garantir seu acesso e continuidade de fruição dos serviços (MENDES, 2010).

No entanto, na prática, a grande fragmentação dos serviços no Brasil não se coadunava com os fundamentos do cuidado integral aos indivíduos, demandando a mudança da estratégia de ação. Assim, em 2010, o Ministério da Saúde lançou diretrizes que regulam e estabelecem o funcionamento regionalizado e estruturado da Rede de Atenção à Saúde no SUS, integrando os diferentes níveis de serviços de saúde, instituições e tecnologias do cuidado (SHIMIZU, 2013).

Segundo Shimizu (2013, p. 1102):

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde apresenta-se como uma alternativa potente para reduzir a fragmentação do sistema, conforme demonstrado por alguns países que conseguiram consolidar sistema de saúde integrados, que favoreçam o acesso, a continuidade, a integralidade e a racionalização dos recursos.

A eficácia das rede de atenção à saúde ocorreria através de um modelo de atenção voltado às necessidades majoritárias da população sob seus cuidados; de uma estrutura logística adequada, permitindo a organização dos fluxos e dados, a comunicação e o deslocamento entre pontos de atenção, envolvendo tecnologia da informação e transporte; os sistemas de apoio, envolvendo serviços complementares de apoio ao diagnóstico e tratamento, a exemplo do laboratório, exames de imagem e farmácia; e o sistema de governança, voltado à gestão da rede, de modo a garantir seu adequado funcionamento, qualificação e ampliação de sua eficácia (MENDES, 2010).

Fundamentada a partir das Redes de Atenção à Saúde, a RAPS, instituída em 2011, articula no SUS o cuidado integral à pessoa com sofrimento ou doença mental e adicção, organizando e integrando os diferentes níveis de atenção, garantindo o acesso aos serviços e continuidade no tratamento. Abrangeria o cuidado às populações vulneráveis, incluindo crianças e jovens, e atuaria em âmbito preventivo, terapêutico, na redução de danos e na reintrodução do indivíduo com transtorno mental e/ou dependência química na sociedade. É prerrogativa da RAPS a criação de parcerias intersetoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)” (BRASIL, 2014) e o manual “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2015) definem o fluxo de crianças com suspeita de TEA no SUS, sob a ótica da RAPS. As crianças chegariam às Unidades da Atenção Básica

através de profissionais de saúde, familiares e encaminhamento de educadores. As escolas são destacadas como locais de observação do desenvolvimento da criança.

A investigação inicial da suspeita de TEA ocorreria nas Unidades da Atenção Básica, a partir da constatação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, através de avaliação direta e aplicação de protocolos de triagem. O paciente, então, deveria passar por avaliação diagnóstica multidisciplinar, envolvendo pediatra e/ou neurologista e/ou psiquiatra, além de fonoaudiólogo e psicólogo. A Atenção Especializada, incluindo ambulatório de especialidades, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenis (CAPS i) e serviços de reabilitação, seria envolvida no processo de definição diagnóstica. Após a confirmação de TEA, ocorreria a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou o plano de tratamento, habilitação e reabilitação do indivíduo, ações para a inclusão, apoio matricial nas escolas e unidades de saúde e orientação aos pais e cuidadores (BRASIL, 2014).

A articulação com outras instituições sociais ocorreria nesta fase do processo diagnóstico/terapêutico, envolvendo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros-Dia, Centros de Convivência, residências assistidas e programas de apoio (BRASIL, 2015).

De acordo com o Manual “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2015), a RAPS deveria ser uma rede articulada de cuidado integral ofertada ao cidadão com TEA, em diversos níveis de atenção, conforme ilustrado na Figuras 2 e 3. A Figura 3 mostra o que seria a rede ampliada e as articulações intersetoriais. Este manual descreve tanto o fluxo para a obtenção do diagnóstico, quanto a rede de atendimento integral aos indivíduos autistas.

Na Figura 2, demonstra-se a RAPS básica ou mínima de apoio a pessoas com TEA, teoricamente. Na Rede Ampliada (Figura 3), incluem-se outras instituições sociais, dentre as quais aparecem as instituições de ensino. A proposta seria o contato direto das escolas com os CAPS i, CREAS, famílias e Centros-Dia.

Regulamentados em 2002, os CAPS i são instituições de singular importância na RAPS ligada ao TEA, porque contemplam atendimentos multiprofissionais e as articulações intersetoriais imprescindíveis na continuidade do cuidado a crianças e adolescentes. Os CAPS i incluíram o TEA de modo pioneiro na esfera da Saúde Mental no Brasil, em âmbito público, considerando-se que, antes, os atendimentos eram setorializados em serviços isolados

e desarticulados, com a terapêutica fundamentada, prioritariamente, na abordagem medicamentosa (LIMA et al., 2014). No entanto, cabe salientar que nem todos os CAPS i funcionam tal e qual a proposta idealizada (SHIMIZU, 2013).

Figura 2 – RAPS de indivíduos com TEA e suas famílias



Fonte: Brasil (2015, p. 108)

Na avaliação do cuidado integral à saúde dos indivíduos, a articulação das instituições sociais assume grande importância. A definição clara da rede de suporte fortalece os profissionais e a pessoa que necessita de amparo. Se uma equipe escolar, por exemplo, suspeita de sinais de TEA em um aluno, como encaminhará o caso? Qual área,



## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1 Caracterização do estudo**

Considerando a natureza do presente estudo e os objetivos traçados, o desenvolvimento da investigação se dará por meio de uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com a interpretação subjetiva dos fatos. Ressalta e enaltece a complexidade da interação entre significados, valores e fenômenos como estratégia de compreensão reflexiva e profunda da realidade (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011). Flick (2009) ressalta que o conhecimento e as práticas dos participantes das pesquisas são o alvo dos estudos dos pesquisadores qualitativos, destacando ainda que a pesquisa qualitativa entende que os diferentes pontos de vista e as práticas de campo são moldados pelas perspectivas singulares e contextos sociais a eles relacionados.

### **5.2 Campo de estudo**

#### **5.2.1 Foz do Iguaçu**

Foz do Iguaçu, município localizado no extremo Oeste do Paraná, é considerado importante polo econômico da região e referência turística nacional e internacional. O turismo e a geração de energia elétrica são as principais fontes de recursos econômicos. A cidade atrai inúmeros visitantes brasileiros e estrangeiros, não somente em função das cataratas do rio Iguaçu, da Usina Hidrelétrica de Itaipu e outros atrativos locais, mas também pelas características sociais, políticas e culturais singulares (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, 2016).

Fronteira à Ciudad del Este – Paraguai – e à Puerto Iguazú – Argentina –, Foz do Iguaçu é componente da Tríplice Fronteira, o que representa um grande desafio em relação à convivência, à economia, às políticas locais e à organização das estruturas de serviço à comunidade. O município também se destaca pelo acolhimento pacífico a 80 diferentes nacionalidades, o que possibilitou a ocorrência de influências culturais intergrupais únicas (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, 2016). A cidade possui cerca de 260.000 habitantes, porém a região engloba uma média de 700.000 pessoas, considerando

Puerto Iguazú e Ciudad del Este. A área total perfaz 618,352 Km<sup>2</sup>, incluindo as áreas urbana, rural, o Parque Nacional do Iguaçu, o Lago Artificial de Itaipu e a ilha Acaray (IBGE, 2015). O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de Foz do Iguaçu é de 0,751 (alto), ocupando a 526ª posição no ranking nacional de cidades (PNUD, 2010).

Com relação à área da saúde, o município está organizado com 28 Unidades de Saúde voltadas à Atenção Básica, incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), 2 unidades voltadas ao Pronto-Atendimento e dispõe de algumas especialidades na Atenção Secundária. A Atenção Terciária contempla 2 hospitais de referência para atendimento ao SUS (IBGE, 2015). No tocante ao atendimento em Saúde Mental, o município dispõe de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas seguintes modalidades (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2015):

a) CAPS II:

- atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes, referenciados a partir da Atenção Básica (OLSCHOWSKY et al., 2009);

b) CAPS AD:

- atendimento a adultos com dependência química. Recebe pacientes encaminhados da Atenção Básica e a demanda espontânea que procura o serviço;

c) CAPS i:

- atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais, encaminhados a partir de profissionais da Atenção Básica e/ou de psicólogos. Quando se trata de jovens com dependência química, o acesso ao serviço pode ser direto. O CAPS i foi fundado em 2013, sendo a terceira unidade inaugurada no Paraná (GOVERNO DO ESTADO [DO] PARANÁ, 2013).

O município também possui um Ambulatório de Psiquiatria, para atendimento de adultos com transtornos de personalidade, transtornos de humor e demência com comorbidade psiquiátrica, além de 11 leitos de internação hospitalar para pacientes psiquiátricos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2015).

Em relação à rede pública de Educação, Foz do Iguaçu possui 34 escolas de Educação Infantil (CMEIs), 79 escolas de Ensino Fundamental e 29 escolas de Ensino Médio, dentre instituições municipais, estaduais e federais (IBGE, 2015). Especificamente em relação aos CMEIs, existem 11 escolas na região norte da cidade, 8 na região sul, 10 na região leste e 5

na região nordeste. Esta divisão em regiões é adotada especificamente pela Secretaria de Educação (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, 2016). No total, existem 128 professores atuantes nos CMEIs (IBGE, 2015).

Foz do Iguaçu possui 284 bairros, agrupados em 12 regiões. Abaixo, enumeram-se as regiões e respectivas informações demográficas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2003):

- a) R01 – Região das Três Lagoas, 27.124 habitantes; 9,7% da população geral;
- b) R02 – Região da Vila “C”, 34.952 habitantes; 12,5% da população geral;
- c) R03 – Região do São Francisco, 45.298 habitantes; 16,2% da população geral;
- d) R04 – Região do Porto Meira, 37.469 habitantes; 13,4% da população geral;
- e) R05 – Região do Jardim São Paulo, 16.498 habitantes; 5,9% da população geral;
- f) R06 – Região do Jardim América, 14.820 habitantes; 5,3% da população geral;
- g) R07 – Região do Imperatriz, 15.379 habitantes; 5,5% da população geral;
- h) R08 – Região AKLP, 25.166 habitantes; 9% da população geral;
- i) R09 – Região Central, 33.298 habitantes; 12% da população geral;
- j) R10 – Região do Campos do Iguaçu, 22.370 habitantes; 8% da população geral;
- k) R11 – Região da Vila Carimã, 4.194 habitantes; 1,5% da população geral;
- l) R12 – Região Rural, 2.796 habitantes; 1% da população geral.

A região norte de Foz do Iguaçu corresponde às regiões R02, R07 e R08, representando 27% da população geral do município.

Na área da Educação Especial, Foz do Iguaçu apresenta iniciativas de integração entre equipes de Saúde e Educação. Desde 2009, Foz do Iguaçu conta com o “Programa Construindo a Cidadania”, cujo objetivo é combater a marginalização do aluno, exclusão e a evasão escolar através de observação ativa e intervenções multidisciplinares, integrando a equipe de Saúde ao ambiente escolar. Nasceu de uma iniciativa com propósito de combate à evasão escolar, o Programa FICA (Ficha de Comunicação do Aluno Ausente), instituído em 2006; com a inserção de mais profissionais de diversas áreas e a ampliação da cobertura da rede escolar, transformou-se no “Programa Construindo a Cidadania” em 2009, vinculado à Diretoria de Educação Especial do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2013).

O “Programa”, atuando em parceria com escolas especiais de Foz do Iguaçu, atende

---

CMEIs e escolas municipais do Ensino Fundamental I, ou seja, do berçário ao 5º ano. A equipe é composta por psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, pedagogos e terapeutas ocupacionais; o número de profissionais contratados mediante processo seletivo varia de ano a ano. De 2014 a 2016, também contou com atendimento médico pediátrico com abordagem comportamental, nossa contribuição no “Programa”. De 2010 até agosto de 2013, foram contabilizados 263.178 atendimentos realizados pelos assistentes sociais, 142.433 por psicólogos e 89.575 atendimentos realizados por fonoaudiólogos. Nos anos de 2014 e 2015, foram realizadas 868 consultas médicas. Além disso, a lista de espera para consultas com estes profissionais é extensa. Os números são úteis para demonstrar quão intensa é a demanda das escolas à equipe do “Programa” (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2013).

Os profissionais do “Programa Construindo a Cidadania” são acionados para acompanhar os alunos a partir das demandas trazidas pelas escolas e famílias. Os professores, ao observar indícios de dificuldades ou problemas nos alunos de natureza social, orgânico, psicológico ou de aprendizagem, comprometendo a integridade psicofisiológica da criança, a permanência e o aproveitamento na escola, comunicam suas observações à direção da instituição. A direção, por sua vez, aciona a família da criança e o “Programa”, que encaminha à escola o profissional indicado para avaliação do aluno. O profissional também pode realizar visitas domiciliares. Há reuniões mensais da equipe com a coordenação do “Programa” para discussão e acompanhamento de casos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2013).

Com a cobertura total da rede escolar municipal, reconhece-se a dificuldade na agilidade, continuidade e rapidez nos atendimentos, em função do escasso número de profissionais contratados frente à grande quantidade de solicitações. Outro ponto no qual se admite fragilidade no “Programa Construindo a Cidadania” é relativo à falta de uma equipe exclusiva para atuação nos CMEIs, em função da exiguidade de recursos humanos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2013). Com a mudança da gestão administrativa municipal em 2017, o destino do “Programa Construindo a Cidadania” ainda é incerto.

Em relação aos atendimentos na área da saúde fora do contexto do “Programa Construindo a Cidadania”, a criança com suspeita de TEA segue o fluxo de referência e contrarreferência no SUS. Em geral, passa por consulta com o médico generalista ou pediatra da Atenção Básica e, então, poderá ou não ser encaminhada para médicos especialistas da

Atenção Secundária, Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) e/ou para atendimentos multiprofissionais (MENDES, 2010).

### **5.2.2 Caracterização dos CMEIs**

O presente estudo foi realizado na região norte do município, considerando a maior densidade de CMEIs nesta área.

A zona norte do município de Foz do Iguaçu é uma região populosa e comporta diversos bairros próximos ou contíguos. Os 11 CMEIs desta região estão situados em 11 bairros diferentes.

Em cada CMEI, há, em geral, um diretor, um ou mais coordenadores pedagógicos, professores em número variável, estagiários do curso de Pedagogia e agentes de apoio (cozinha, limpeza e suporte operacional aos professores).

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996), a Educação Infantil é subdividida em:

- a) creches: ensino de crianças até 3 anos;
- b) pré-escola: ensino de crianças de 4 a 5 anos.

Em Foz do Iguaçu, os CMEIs abrangem a creche e a pré-escola na mesma estrutura física. As classes são subdivididas em níveis: (G1 PR, 2015):

- a) berçário;
- b) maternal I;
- c) maternal II;
- d) pré-escolar I;
- e) pré-escolar II.

As crianças em idade pré-escolar estão alocadas em classes do maternal I até o pré-escolar II.

### **5.3 Participantes do estudo**

#### **5.3.1 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão foram compostos a partir dos seguintes princípios: (i) escolher os participantes que detêm os atributos relacionados ao que se pretende estudar; no caso deste trabalho, foram eleitos professores com no mínimo 3 anos de atuação em sala de aula, o que permitiu selecionar indivíduos com um lastro de experiência docente e também englobar professores que passaram pela graduação após a obrigatoriedade da educação inclusiva, em 2008; (ii) professores que ministrem aulas em nível além do berçário, permitindo contato direto com alunos pré-escolares.

#### **5.3.2 Seleção dos participantes**

Foi inicialmente considerado que o grupo de sujeitos da pesquisa seriam 11 professores, sendo 1 indivíduo de cada CMEI situado na região norte do município. Se mais de um professor atendesse aos critérios de inclusão em cada CMEI, a escolha do participante seria aleatória.

O acesso aos CMEIs ocorreu após autorização formal, documentada, da Secretária de Educação do município de Foz do Iguaçu (ANEXO B). Na fase de aproximação do campo de pesquisa, contamos com a colaboração das diretoras de Educação Especial e de Educação Infantil do município para introduzir-nos em cinco CMEIs, sendo realizada a apresentação da pesquisa às diretoras e coordenadoras pedagógicas de cada escola. Em um dos CMEIs não houve interesse da direção em cooperar com a pesquisa; assim, foi excluído do campo de estudo. Esta situação alterou o número total de participantes, passando para o número de entrevistados para dez professores, mantendo a condição de ser um entrevistado em cada CMEI.

No primeiro contato com os CMEIs, realizado em setembro de 2016, após apresentação dos objetivos da pesquisa, solicitamos que cada diretora ou coordenadora pedagógica indicasse um professor da instituição que pudesse participar da pesquisa, observando os critérios de inclusão.

Foi realizado, então, o contato individual com cada professor que atendeu aos critérios de inclusão. Após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, todos os professores

abordados concordaram em cooperar no estudo, sendo, posteriormente, agendados os dias e horários das entrevistas e construção dos mapas.

#### **5.4 Procedimentos para coleta dos dados**

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas realizadas com os professores e a construção de um mapa de rede social institucional com cada um dos participantes da pesquisa. As entrevistas e os mapas foram realizados entre os meses de setembro a dezembro de 2016.

As entrevistas e a construção dos mapas transcorreram em sala reservada dentro de cada CMEI, estando presentes nesta sala, no momento da coleta, apenas o participante e a pesquisadora.

##### **5.4.1 Entrevista**

A entrevista é uma das principais técnicas de coleta de dados em pesquisa qualitativa, pois permite que a fala seja reveladora de valores, normas, símbolos e condições estruturais, além de explicitar condições históricas, culturais e sócio-econômicas específicas (MINAYO, 2006).

O roteiro proposto para este estudo foi composto de 7 questões abertas e norteadoras, as quais foram previamente padronizadas, o que permitiu a interpretação das falas, além de reduzir a interferência do entrevistador e facilitar a organização e análise dos dados (APÊNDICE A).

As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade do entrevistado, em dias e horários conforme sua conveniência, sem ônus profissional ou pessoal. Todas as entrevistas ocorreram dentro dos CMEIs de origem de cada professor. O tempo dispendido para cada entrevista foi de cerca de 1 hora.

Após a apresentação da pesquisadora, o participante do estudo foi informado dos objetivos e da metodologia da pesquisa, e foi solicitada, também, a sua concordância em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo que uma das vias foi entregue ao participante e a outra ficou

com a pesquisadora. Foi solicitada ao entrevistado a autorização para a gravação e transcrição das entrevistas através do TCLE, deixando claro o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.

Juntamente com a realização das entrevistas, foi construído um mapa de rede social institucional (UDE, 2008) a fim de compreender e analisar a rede de apoio aos CMEIs, suporte frente às dificuldades e dúvidas surgidas ante a suspeita de autismo em alunos.

#### **5.4.2 Construção dos mapas de redes**

O pesquisador Walter Ude (2008) idealizou o mapa mínimo da rede social institucional, inspirado no mapa mínimo da rede pessoal social proposto pelo psiquiatra argentino Carlos Sluzki (SLUZKI, 1997). A rede social institucional representa o mapeamento dos vínculos entre instituições, setores, órgãos e áreas da Sociedade, fundamentada nos princípios de avaliação da rede pessoal social. Esta última representa a totalidade articulada dos vínculos sociais significativos que cada pessoa possui, com características diversas em relação à qualidade e quantidade de relações estabelecidas. Uma rede social bem constituída é fator de proteção à saúde física e mental do ser humano (SLUZKI, 1997).

As características estruturais da rede social pessoal incluem: tamanho; composição; densidade; dispersão; níveis de homogeneidade ou heterogeneidade; dominância de funções sociais e emocionais. Tais funções sociais e emocionais caracterizam o perfil do contato: suporte emocional; companhia social; orientação cognitiva e aconselhamento; regulação social; suporte material e de serviços; pessoas que atuam como ponto de conexão com outras redes sociais. Pode haver sobreposição de funções. Em relação à qualidade dos vínculos, podem ser dimensionados: intensidade; duração; compartilhamento de fatos da vida; multidimensionalidade das funções e reciprocidade do vínculo (SLUZKI, 2010).

O mapa da rede pessoal social tem por objetivo traçar a teia das relações sociais do indivíduo, objetivando a identificação da rede de apoio protetora e as lacunas a serem trabalhadas na estratégia de intervenção (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008; UDE, 2008). As relações sociais estão dispersas em setores no mapa: família, amigos, escola/trabalho, relações comunitárias e vínculos com sistema de saúde e serviços sociais (SLUZKI, 1997; UDE, 2008; DEZOTI et al., 2013). O mapa é composto por círculos

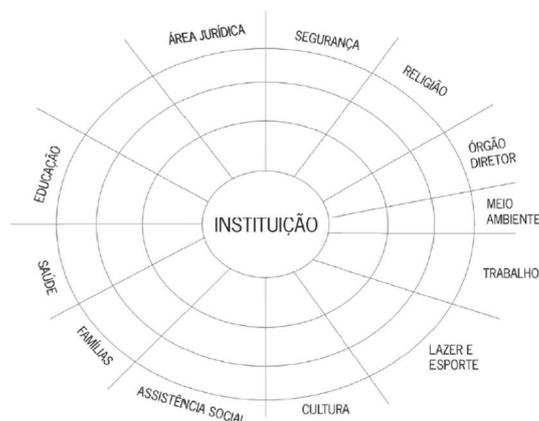
concêntricos, representando o grau de proximidade e confiabilidade das relações. Linhas aí traçadas simbolizam a qualidade dos vínculos, sendo representada por linhas cheias (vínculos significativos), entrecortadas (fragilizados) e quebradas (interrompidos).

No mapa da rede social institucional, os vínculos são distribuídos entre os seguintes setores da Sociedade: área jurídica; segurança; religião; órgão diretor; meio ambiente; trabalho; lazer e esporte; cultura; assistência social; famílias; saúde e educação. As dimensões de análise são as mesmas da rede pessoal social (UDE, 2008).

O mapa institucional constitui-se um valioso instrumento no planejamento de estratégias de intervenção amplas referentes à coletividade, uma vez que aponta as relações interinstitucionais funcionais, protetoras, passíveis de serem ampliadas e fortalecidas; e as articulações frágeis e ineficientes, prioritárias quanto às intervenções dentro do planejamento das Políticas Públicas, em diversas áreas. Em Saúde Pública, por exemplo, a análise das relações institucionais pode alertar sobre a necessidade de ações preventivas, educativas e de investimentos em estruturas ou em recursos humanos que possibilitem uma melhor organização dos fluxos e conexão de setores vitais da Sociedade com a área da Saúde (UDE, 2008).

O mapa mínimo da rede social institucional, proposto por UDE (2008), é constituído por um desenho de 3 círculos concêntricos divididos em 12 setores principais, representando áreas e domínios da Sociedade: área jurídica; segurança; religião; órgão diretor; meio ambiente; trabalho; lazer e esporte; cultura; assistência social; famílias; saúde e educação, conforme a Figura 4.

Figura 4 – Mapa Mínimo das Redes Sociais Institucionais



Mapa mínimo das redes sociais institucionais  
Elaborado por Walter Ude e desenhado por Gustavo Souza Marques

Fonte: Ude (2008, p.56)

Essa configuração possibilita identificar níveis de relação que variam da maior confiabilidade e intimidade (área mais próxima do centro); relações com menor grau de comprometimento (região intermediária); e vínculos mais distanciados (área mais distanciada do centro) (UDE, 2008).

O traçado no mapa permite avaliar também a qualidade dos vínculos: vínculos significativos são representados por linhas contínuas de cor específica ou preta; vínculos fragilizados, por linhas entrecortadas e/ou de cor diferenciada; e vínculos rompidos ou inexistentes por uma linha quebrada e/ou de cor distinta. As cores das linhas são correlacionadas ao significado a partir de uma legenda próxima ao mapa (UDE, 2008). No caso desta pesquisa, adotou-se a padronização de linhas cheias, entrecortadas e pontilhadas, ao invés de cores.

As funções da rede referem-se aos papéis ou atribuições de cada instituição componente da rede em relação ao elemento central. As funções descritas por Ude (2008) são:

- a) acesso a novos contatos – permite a abertura a novos vínculos com pessoas e grupos;
- b) ajuda material e serviços – compartilha serviços e recursos materiais;
- c) apoio emocional – oferece apoio que traz segurança e conforto;
- d) companhia social – amplia as possibilidades atividades coletivas e compartilhadas;
- e) guia cognitivo e de conselhos – fornece informações e esclarecimentos sobre certas situações e decisões;
- f) regulação e controle social – regula posturas coletivas, aponta o cumprimento de normas e alinha as responsabilidades, fundamentado no consenso grupal sobre as regras, princípios e valores coletivos que foram tomados como parâmetros, previamente estabelecidos.

Para a construção do mapa com os entrevistados, foi disponibilizada uma folha de papel com a Figura 4 impressa e ampliada (APÊNDICE B), lápis e borracha. Os mapas foram preenchidos logo após a finalização de cada entrevista.

Foram oferecidas instruções para a representação dos vínculos, informando os

diferentes tipos de linhas e a relação de proximidade com a área central, conforme delinea Ude (2008). Foi informado, também, quais eram as instituições sociais representadas no mapa, indicando exemplos destas instituições em Foz do Iguaçu. O processo de construção dos mapas foi gravado em áudio, com a autorização dos entrevistados, e posteriormente transcrito, visando enriquecer e aprofundar a análise dos mapas oportunamente.

Após estas instruções, os entrevistados ficaram livres para realizar os traçados. À medida em que desenhavam e explicavam a natureza dos vínculos, dialogando com a pesquisadora, foram esclarecidas dúvidas em relação à correspondência entre a exposição oral e a representação gráfica. Apesar da continuidade da interação entre entrevistado e pesquisadora durante a fase de desenho, evitou-se qualquer tipo de indução ou interferência nas escolhas dos participantes.

A construção do mapa de redes com os participantes possibilitou a identificação dos setores e serviços da sociedade que compõem a rede social institucional dos CMEIs no acolhimento aos casos suspeitos de TEA.

## **5.5 Procedimentos para a análise dos dados**

Para o tratamento e análise dos dados, obtidos a partir das entrevistas individuais, utilizamos como referencial a análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é uma técnica que trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis ao seu contexto social (BAUER, 2008). Na análise de conteúdo, o texto é um meio de expressão do participante, a partir do qual o analista buscará categorizar as palavras ou frases que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Através da análise de conteúdo, vai-se na direção da descoberta dos conteúdos manifestos, aprofundando além da aparência daquilo que está sendo comunicado (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011).

Minayo (2006) relata ser “a análise de conteúdo a expressão mais frequentemente utilizada, na área da saúde, para representar o tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa” (p.199). Neste sentido, ainda, para essa autora, esta técnica permite “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos [...]” (p. 203).

Na modalidade análise temática, o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, e está ligado a uma afirmação a respeito de um assunto, podendo ser representado através de palavras, resumos ou frases (BARDIN, 2011).

As análises das entrevistas ocorreram em etapas, segundo orientações de Deslandes, Gomes e Minayo (2011) para análise de conteúdo temática. O primeiro passo foi a leitura compreensiva do conjunto de entrevistas; através da leitura, buscamos ter visão do conjunto do material a ser analisado, procurando perceber as particularidades do conjunto. Posteriormente, elaborou-se pressupostos iniciais para balizar a análise e interpretação das entrevistas, a realização de uma classificação inicial e a articulação com os conceitos teóricos para a análise, elaborando-se uma síntese interpretativa, buscando correlacionar os temas com os objetivos, as questões e os pressupostos da pesquisa (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2011).

Em relação aos mapas, o material foi analisado à luz dos critérios de avaliação do desenho de acordo com o modelo de Ude (2008):

- a) densidade – qualidade dos vínculos de acordo com os traçados das linhas no mapa;
- b) distribuição/composição – número de instituições por quadrante;
- c) homegeneidade/heterogeneidade – semelhanças e diversidades da rede;
- d) tamanho – número de vínculos estabelecidos, institucionais e grupais.

Também buscamos analisar os mapas à luz da RAPS preconizada pelo Ministério da Saúde para o acolhimento às pessoas com o TEA (BRASIL, 2015), levando em consideração o conceito de integralidade no cuidado (PINHO et al., 2007).

## **5.6 Aspectos éticos**

A proposta do referido estudo foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE –, campus Cascavel, sob o parecer no. 1.665.147 (ANEXO A). Aos participantes desta pesquisa foi solicitado o consentimento, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), conforme a Resolução 466/12, proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Os sujeitos foram todos do sexo feminino (10 participantes), com idade média de 39 anos. A idade mínima foi de 24 anos e a máxima, de 53 anos. O tempo médio de experiência docente foi de 14,3 anos, sendo o tempo mínimo de 5 anos e o máximo de 27 anos.

Em relação à escolaridade, 100% das professoras (10) possuíam nível superior completo, 10% (1) concluiu dois cursos superiores – Pedagogia e História – e 10% (1) graduou-se em História. Vale destacar que 90% (9) cursaram Magistério ou Normal Superior. Em relação às Universidades ou faculdades onde foram realizados os cursos de graduação, 30% das professoras cursaram integralmente em instituições públicas (3), 50% em particulares (5) e 20% participantes tiveram formação superior em instituições públicas e privadas (2). O ano de conclusão da graduação variou de 2003 a 2014.

Todas as participantes informaram ter curso de especialização; 60% das professoras 6 concluíram ou estavam cursando uma especialização e 40% (4) possuíam duas especializações já finalizadas ou em curso. 60% dos indivíduos (6) especializaram-se somente na área da Educação Infantil, 10% (1) apenas em Educação Especial, 10% (1) era pós-graduada em Educação Infantil e Pedagogia Escolar, 10% (1) em Educação Infantil e Gestão Escolar e 10% (1) em Educação Infantil e Educação com Ênfase na Inclusão, (considerada aqui como especialização em Educação Especial). No total, 90% (9) cursaram ou estavam cursando especialização em Educação Infantil e 20% (2) na área da Educação Especial. Nenhuma professora afirmou cursar ou ter cursado pós-graduação *stricto sensu*.

O tempo de atuação docente não se correlacionou com o nível de experiência em relação ao TEA. Somente as entrevistadas 1, 2, 3, 5 e 10 informaram ter algum tipo de experiência direta com indivíduos autistas.

A fim de facilitar as referências às participantes ao longo da análise, utilizaremos, daqui para frente, a notação abaixo:

- a) Participante 1 – P.1
- b) Participante 2 – P.2
- c) Participante 3 – P.3

- d) Participante 4 – P.4
- e) Participante 5 – P.5
- f) Participante 6 – P.6
- g) Participante 7 – P.7
- h) Participante 8 – P.8
- i) Participante 9 – P.9
- j) Participante 10 – P.10

## 6.2 Os núcleos temáticos

A partir da análise e interpretação dos dados coletados pode-se apreender quatro núcleos temáticos, os quais passaremos a apresentar e discutir:

- a) Núcleo 1 – conhecimentos e experiências sobre o TEA;
- b) Núcleo 2 – percepções pessoais sobre o TEA: o definível, o impalpável e o imaginário;
- c) Núcleo 3 – o professor frente ao aluno com TEA: sentimentos, ações e reflexões;
- d) Núcleo 4 – investimentos no professor para a detecção do TEA.

### Núcleo 1 – Conhecimentos e experiências sobre o TEA

A maioria das participantes identificou haver diferentes níveis na manifestação dos traços autísticos, qualificando estes níveis, por vezes, como “graus”. Este entendimento é importante, uma vez que o nome Transtorno do Espectro do Autismo comporta a condição dimensional do distúrbio, enfatizando a ampla variabilidade na expressão dos sintomas e sua severidade. A mudança do nome no DSM-5 deu-se justamente para valorizar tal amplitude de manifestações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A citação dos níveis ou graus percorreu o discurso de diversas participantes, como se observa nas falas a seguir:

Então você vê que o autismo, ele tem vários graus... (P.2)

[...] porque ele tem vários níveis, né? Então, assim, eu cheguei a conhecer, mas dum lado mais agressivo, mas não tinha contato, não tinha, assim, é... como é que

eu vou te falar?... eu não sabia como que era essa parte [...] (P.3)

[...] igual qualquer doença, tem o mais leve, o moderado, não tem? [...] O autismo, creio eu, é a mesma coisa. (P.4)

Ela tem níveis, né? Tem graus de dificuldades, não tem graus de dificuldades, assim? (P.8)

No entanto, há ainda ideias pouco claras ou equivocadas sobre o que de fato representa a diferença na gravidade das expressões dos sintomas; isto ocorre em razão da tentativa de elaboração de uma síntese sobre o que seriam os níveis ou graus, mesclando informações adquiridas na televisão, na internet, através de experiências pessoais variadas com indivíduos com TEA, de vários graus de gravidade, e suposições pessoais. A P.3 ilustra tal situação quando explica:

[...] são três tipos de nível: tem o nível que é o normal, aquele que ela fala, o falante; tem o médio e [...] tem o moderado, o médio e o agressivo, no caso do meu, ele se torna o nível três, que é o nível agressivo [...] eu ia tentar pesquisar que tipo de autismo que ele é, o nível, [se é] o médio, se ele é um autista, que nem eles usam o termo, falante, não-falante, pra poder tentar, daí, me aproximar primeiro.

A P.2 também mostra-se imprecisa sobre as manifestações oriundas das variações de gravidade do TEA:

[...] o autismo se desenvolveu mais, danificou mais ele [...] a área do cérebro que ele poderia realizar outras coisas ficou mais afetada, não desenvolveu... [...] nosso cérebro é que comanda nossa coordenação, se afetou essa parte vai afetar a coordenação, vai afetar a parte da fala, né? O andar... (P.2)

Outra área obscura é a síndrome de Asperger. No DSM-5, a síndrome foi incluída no TEA, perdendo a condição de transtorno isolado (DELL'OSSO et al., 2016). Essa dissociação Asperger *versus* TEA aparece na fala das professoras, conseqüente à confusão iniciada no momento do diagnóstico ou em função do desconhecimento em relação à grande variabilidade da apresentação dos traços autísticos:

Tem muitas coisas que são meio parecidas... né?... Asperger [...] (P.1)

[...] o menino com Asperger é bem diferente do meu aluno que eu tenho agora, que tá sendo acompanhado, eles são crianças bem diferente... [...] então você pode ver que uma criança mesmo sendo autista, não é só aquela criança ali quietinha que vi brincar sozinha com seus...no seu mundinho né? São vários, vários graus, uma diferente da outra. (P.2)

Em relação à prevalência do TEA entre os sexos, a P.1 foi a única que demonstrou algum conhecimento sobre o tema:

Vi também que é muito raro acontecer com meninas...mais são meninos, né? (P.1)

Como já abordado anteriormente, apesar do autismo ser considerado mais frequente em indivíduos do sexo masculino, vale enfatizar que a prevalência em meninas pode estar subestimada (LAI et al., 2015).

Outro aspecto trazido por algumas professoras foi a possível influência genética. A P.2 explica que a condição

[...] pode ser herdada dos pais, porque o aluninho que eu tenho, a irmã também tem... então, isso vem de genética. (P.2)

A P.3 também ponderou sobre a influência genética no TEA:

Eu tentei ver se era genético, [...] eu tento me perguntar o que vem a ser isso, né, porque você olhando é uma criança normal, mas daí em alguns aspectos não é. (P.3)

De fato, a influência genética no TEA é reconhecida e fundamentada; há maior prevalência de TEA em famílias nas quais há parentes com TEA, incluindo pais e irmãos (OVIEDO et al., 2015; BALBUENA, 2015).

Em relação aos sinais característicos do TEA, foi unanimidade o destaque à dificuldade ou ausência de interação social. Todas as participantes abordaram o tema, exaltando-o como elemento importante no reconhecimento do autismo. A ausência do contato visual, o isolamento na hora de brincar e a quietude excessiva da criança foram os pontos mais destacados:

[...] [a] questão de manter contato visual, de interagir ou não... porque geralmente eles se isolam... (P.1)

A criança quando fica muito quietinha, quando fica muito isolada... (P.2)

A interação social e sua importância é destacada pela P.1 e pela P.6 como um componente essencial para a caracterização do TEA:

O olhar dele é muito caído. O semblante dele é muito [...] caído, [...] ele não fixa o olhar em você, [...] parece que ele tá olhando, tá longe [...] (P.3)

Se chega e fica quietinho no seu lugar, que não interage muito com os amigos [...] (P.3)

Que não brinca junto, fica no cantinho isolado. Isso me chama a atenção. [...] Se tá muito sentado, muito isolado, eu falo: '*pera lá* vou observar esse aqui melhor'. Se tá muito sentado, ou vai no parque e não brinca com os demais, fica sempre sozinho, sempre quietinho, ou fica num, vamos assim dizer, o termo, no mundo da lua, né? Então eu vou observando [...] (P.3)

Eu tenho uma criança aqui que [...] é muito esperto, só que ele fica só no canto dele, não sei se isso tem alguma coisa a ver com algum tipo de autismo, né? Porque ele é muito retraído, tem que tá sempre junto dele [...], ele se distrai muito fácil, né, eu tenho que tá sempre contornando a situação pra ele voltar né, fazer as tarefinhas dele. Mas eles são, de um modo geral, ele é muito inteligente, né? (P.6)

Ele não gosta de se aproximar das pessoas. Assim, quando a gente leva pra fazer as atividades no pátio, que é atividade de proximidade, que tem que ter contato, ele não participa, ele não gosta. Ele não tem esse vínculo com ninguém. Mas brincadeiras dele mesmo, é só ele sozinho, ele pega e brinca, mas só ele com *os brinquedo*, né, muitas vezes nem com o brinquedo; ele senta e fica sentado, né, e daí, assim, eu chamo, ele vem um pouquinho, ele deixa eu se aproximar dele, né, mas é muito pouco. Quando ele vê que as crianças começam a chegar muito perto, tenta aquela proximidade maior, ele já se retrai, ele já não quer participar mais. (P.6)

As alterações no brincar, além da questão do isolamento e da quietude excessiva, são destacadas pela P.4:

Você vai observar se a criança ela tá interagindo com a outra ou se ela tá lá no canto dela... né, se ela tá num cantinho, não se comunica cá outra, eu acho que a partir daí você já tem que tá observando, alguma coisa tem. [...] o normal é a criança tá conversando, tá brincando [...]. (P.4)

A gente vai mais observando na brincadeira. Tem criança que aceita o outro chegar lá, pegar o brinquedo, toma o brinquedo, pega; e tem criança que não, que fica lá no canto dela... não quer comunicar com ninguém, não quer pegar um brinquedo, porque um brinquedo é coisa que todo mundo gosta. Toda criança gosta de brincar. (P.4)

[...] por isso que eu falo, a questão do brinquedo, do brincar, acho que, chama mais a atenção. (P.4)

A observação do brincar é importantíssima no reconhecimento precoce do TEA, porque normalmente há prejuízo do jogo simbólico, do faz-de-conta, além tão-somente da interação nas brincadeiras infantis, tornando-se uma preciosa pista diagnóstica. Diversos estudos dedicam-se à pesquisa do brincar entre crianças com TEA, tal a relevância desta questão na avaliação diagnóstica, terapêutica e evolutiva do autismo (KASARI; CHANG; PATTERSON, 2013; BAGAROLLO; RIBEIRO; PANHOCA, 2013).

As referências da mídia sobre o comprometimento social, considerado presente no

autismo, são destacadas pela P.5:

A experiência que eu tenho, na verdade, é aquela novela que eu assisti, [...] que a moça não gostava muito assim, também de contato, assim, depois com o tempo ela se apaixonou, né, daí que ela ia aos poucos tocando a mão, né, assim, aos poucos. Pelo que eu vi, *as criança*, em geral, é desse jeito. (P.5)

Os problemas na comunicação social são ressaltados pela P.7, apesar de manifestar certa insegurança sobre o assunto:

[...] a criança meio que se isola, não sei se estou errada ou não. Ela não compartilha muito da companhia das outras crianças, na questão de socialização, né? Na questão de socialização ela fica meio isolada. Não sei se estou correta ou não, mas ao meu ver seria isso, né, o autismo. A criança tem dificuldade de comunicação, não interage assim com as crianças. (P.7)

Isolamento, né. Isolamento. [...] tipo, ficar lá no cantinho dele, não interagir com ninguém, não brincar com ninguém, e acho, de repente, até se alguém fosse tentar interagir com ele, eu penso que ele, de certa forma, se tornaria um pouco agressivo, não sei, não quisesse... afastasse... né, o colega. Quisesse ficar lá, sozinho. (P.7)

O fato dele não querer se socializar, né, com as crianças, não conversar [...] (P.7)

Se ela se isola mais, se ela não se comunica de forma alguma [...] (P.7)

Outros comentários seguem na mesma linha:

Um comportamento isolado, [...] uma dificuldade de se relacionar, de olhar, né? (P.8)

A gente tem a noção de que é aquela criança, aquela pessoa que não se relaciona, que não conversa, que não olha nos olhos... [...] A gente tem a concepção que a socialização deles é mais difícil. [...] será que ela vai ter dificuldade para brincar? (P.9)

A criança que senta ali e fica. Se esse aqui for o meu brinquedo, é só meu e é só com esse que eu brinco e sozinho. O mundo em volta, não tem. (P.10)

A experiência das professoras com algum aluno autista norteou o conhecimento sobre os sinais do TEA na maioria dos casos. Apesar dos prejuízos sociais terem aparecido nas falas de todas as participantes, observou-se que o contato das professoras com alunos com TEA enriqueceu a compreensão sobre as nuances do comprometimento. Os estudos de Santos e Santos (2012) também destacaram o valor da experiência dos professores na compreensão do autismo.

Quem declarou não ter experiência sobre o autismo, em geral obteve informação através de novelas, filmes, programas de TV ou internet. Nos últimos anos, talvez devido ao

aumento crescente da prevalência com conseqüente popularização da temática do autismo, foi possível verificar o aumento do número de programas, filmes e séries midiáticos que versam sobre o assunto ou exibem personagens autistas, inclusive como protagonistas (SANTOS; SANTOS, 2012; RIOS et al., 2015). Então, é compreensível que uma grande parte da população tenha conhecimentos sobre o TEA baseados em programas de televisão, filmes e internet.

Mesmo considerando a questão do isolamento social, a dimensão afetiva foi ressaltada pela P.2, diferenciando as dificuldades de socialização da afetividade:

[...] a criança com autismo também abraça, ela também quer carinho... (P.2)

Este é um ponto importante, porque o prejuízo da interação social no TEA não representa ausência de afetividade; considerar tais condições como equivalentes é um perigoso equívoco, pois pode desencadear intolerância, incompreensão e *bullying* em indivíduos com autismo (FLÓREZ, 2014; BIALER, 2015). Os sentimentos podem, inclusive, ser demonstrados de modo intempestivo, deslocado e fora de contexto, configurando a dificuldade de entendimento das regras sociais, condição típica do TEA. Realçar a existência de afetividade em crianças com TEA é um grande passo no sentido do entendimento e acolhimento destes alunos (SANINI; BOSA, 2015).

Os distúrbios da linguagem aparecem também com relativa frequência, embora permeado de algumas incertezas:

[...] a mãe falou assim, ‘professora, ele não fala, tá? Quando ele quer fazer xixi, ele vai colocar a mão...’ e eu falei: ‘mas ele tem alguma...’, ‘não, não, ele não tem nada, ele só não fala...’. *Aí foi* passando os dias e eu falei, não, mas espera aí, não é ‘só não fala’, tem alguma coisa a mais do que isso. (P.2)

Se fala muito, se não fala, [...] que fala pouco, que fala muito baixo [...] (P.3)

A criança tem dificuldade de comunicação, não interage assim com as crianças. Na fala também, se não me engano, elas têm uma certa dificuldade na fala, na questão de comunicação também. [...] se ela não se comunica de forma alguma, ou se ela de alguma forma ela busca uma comunicação comigo, com as *profes* ou com os coleguinhas, né [...], a questão da linguagem também [...] (P.7)

Existem casos de alunos com problemas na linguagem verbal, sem diagnóstico. A P.7 descarta que a criança possa ser autista através de uma série de arrazoados, como o fato

do aluno ter bom desempenho pedagógico, apresentar comunicação não verbal e ter boa interação social com as outras crianças:

[...] a gente tem um aluno aqui, mas [...] a gente percebe que ele... nada a ver com autismo; a princípio, porque ele não fala, né, até pode ser até por causa da maturidade, né, ele tem três aninhos, fez recentemente três aninhos, aí ele conversa poucas palavras, mas a gente percebe que na hora de desenvolver o pedagógico ele é superatencioso, ele faz a atividade dele assim, quase que perfeito, até. Em alguns casos até *que* melhor que os que falam bastante, sabe, por exemplo, se a gente dá uma atividade pra ele de pintura, ele dá a vida às cores, sabe, ele faz assim, muito lindo, assim [...] a princípio a gente pensou, será que ele não ouve, né, porque normalmente quem não fala não ouve, né, mas ele ouve muito bem até. Uma vez a gente estava aqui assistindo TV, [...] aí passou na rua uma ambulância, os outros todos concentrados, ele ‘aaaaahhh’, [...] ele resmunga, né, quando ele quer se comunicar ele olha pra gente [...] e apontou pra rua. Falei ‘bom, tá descartado, né?’, ele ouve e ouve muito bem, a gente chama ele também, ele responde, né? [...] Autista eu sei que ele não é. A gente percebe que, pelo meu conhecimento, que ele interage direito com as crianças, ele tenta se comunicar, entendeu? (P.7)

Com os colegas é a mesma coisa, tem a interação, embora ele não fale, mas ele consegue brincar com os colegas normal, como qualquer outra criança. Por isso que eu descarto a possibilidade de autismo, né, no meu conhecimento. (P.7)

Crianças com apresentações menos graves do TEA podem apresentar desempenho acadêmico normal ou mesmo acima da média. Considerar que crianças com TEA apresentem sempre distúrbios de aprendizagem gera problemas importantes na prática, a exemplo de desconsiderar possibilidade de TEA em alunos com bom desempenho escolar, retardando o diagnóstico; questionar o diagnóstico do médico especialista, deixando a família insegura; e não favorecer adequadamente todo o potencial de inclusão escolar, seja nas áreas acadêmicas ou sociais (PIMENTEL; FERNANDES, 2014; SANINI; BOSA, 2015).

A presença de comunicação não verbal e o comportamento afetuoso do aluno com atraso na linguagem afastavam-no do diagnóstico de TEA, para a P.9:

[...] teve um caso que a mãe falou que o menino era autista, só que [...] não tinha diagnóstico. (P.9)

[...] ele tinha três pra quatro [anos] e assim, você percebia, lógico que com três pra quatro tem dificuldade na fala ainda. Mas assim, ele queria alguma coisa, ele te mostrava, ele não falava, tipo, o coleguinha bateu, ele mostrava o coleguinha e o machucado, ele não falava que o colega bateu. Ele sabia falar, ele falava ‘pofe’, ele chamava a gente, algumas palavrinhas ‘mamãe’, ‘papai’, algumas palavras assim soltas, mas [...] frase ele não falava. A gente percebia que ele tinha dificuldade tanto pra andar, mas ele tinha tido convulsão quando bebê, então, pode ser que afetou, né? Então a gente percebia [...] o relacionamento dele com outras crianças, ele era carinhoso, ele abraçava, ele brincava com todo mundo. A gente percebia [...] que parecia que ele não era autista, né? [...] ele tinha uma dificuldade de aprender, [...] acho que tanto por causa da fala e tal [...]. (P.9)

Mas o caso gerou dúvida na professora:

[...] às vezes ele tava brincando, aqui fora, no parque, e ele... parecia que as vezes só tinha ele ali. Às vezes [...] dava um pico [em] que ele vivia no mundo dele, mas ao mesmo tempo ele brincava, ele se relacionava; mas se você desse pecinha, por exemplo, na sala, ele brincava sozinho ao invés de brincar com os colegas. (P.9)

[...] de amizade assim, era pouquinha, ele ia se chegando. (P.9)

Então as vezes a gente ficava naquela, será que não é? Será que é? (P.9)

No TEA, há comprometimento na comunicação verbal e não verbal. Em geral, não se observam tentativas de comunicação através de gestual coerente ou da modulação da mímica facial, exceto na indicação eventual de algo do interesse através do apontar imperativo ou da condução da mão dos cuidadores até o objeto almejado (ZANON; BACKES; BOSA, 2015). Este é um ponto relevante na percepção dos sinais precoces do autismo, porque outros transtornos que se apresentam com distúrbios na comunicação verbal podem ser confundidos com TEA, ao modo de déficit auditivo, mutismo seletivo, depressão infantil, dentre outros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Nestes transtornos, no entanto, a comunicação não verbal não estaria alterada, a princípio.

A observação, pelas P.7 e P.9, da presença de comunicação não verbal em alunos aparece como elemento dissipador da suspeita de TEA. Tal destaque é promissor quanto ao diagnóstico precoce envolvendo a participação de professores, porque denotam a atenção dispendida pelo docente na observação detalhada das manifestações dos alunos no dia a dia. Nem sempre os pais ou cuidadores sabem referir de modo preciso sobre a comunicação não verbal da criança e nem sempre este aspecto é bem avaliado em consultas rápidas com profissionais de saúde. Este é um ponto a ser mais desenvolvido e valorizado nos relatos dos professores sobre seus alunos. A observação de prejuízo na comunicação não verbal poderia ser elemento de grande impacto no rastreamento precoce do TEA na pré-escola (ZAQUEU et al., 2015).

Em relação às participantes que afirmaram possuir alguma experiência direta com o TEA, o cotejo com outros distúrbios não autísticos, os diferentes níveis de gravidade e a ampla variação entre as manifestações dos alunos autistas foram constatações naturais e frequentes:

[...] eu percebi muitos níveis da diferença de um autismo ao outro... e outras deficiências. [...] ela me explicou dos níveis do autismo e tal... então a surpresa que eu tive foi que apesar de *ser* autistas, eles também são diferentes entre eles,

né? Um é mais tranquilo, o outro é mais agitado... um é agressivo... alguns até conversam alguma coisa, assim, respondem ou repetem muito o que você fala. Então a minha surpresa é que eu achei que eles eram iguais, todos assim, no geral, e não são... tem que trabalhar diferente. [...] Geralmente os mais agressivos, eles te empurram, eles querem te bater... e outros querem ficar *quieto*, não querem que você se aproxime... se fecha... parece que tem medo se você chegar perto deles [...] depois a gente foi se adaptando e fui vendo as diferenças. (P.1)

[...] e o menino com Asperger é bem diferente do meu aluno que eu tenho agora, que tá sendo acompanhado, eles são crianças bem diferentes... lá na outra sala tem um que também, ele tá fazendo os estudos pra ver e também é diferente. [...] aí eu conheci um menino com Asperger. Eu não, até então, eu não tinha assim... contato mesmo com criança, com pessoa, no caso, autista... aí eu fui vendo, né? que não é bem assim como falam... [...] mas ele interage com outras crianças, como é que eu poderia dizer, uma criança mais isolada, também não, porque ele interage... por mais que ele *participa*, você vê que tem um momento que ele viaja, num momentinho dele... [...] ele parece que não tá ali com você, por mais que você tá falando, ele tá...[...] em outro mundo. (P.2)

O meu, ele [...] é autista não falante; ele não fala, o meu, ele [...] tenta conversar, mas, tipo, ele fica... ‘óóó iiiii aaaa ôôô’, assim, mas eu não sei entender, e quando ele quer alguma coisa, ele pega na minha mão [...] (P.3)

Eu já passei com três alunos autistas, cada um é diferente. (P.10)

Aspectos sobre a inflexibilidade frente às mudanças da rotina, alterações no comportamento adaptativo e padrões ritualizados de condutas também emergiram das falas das participantes:

[...] obsessão por alguma coisa redonda, por rodas...ou se pega só aquilo...ou se todos os dias ela vai chegar na minha sala e ela vai ter aquela mesma rotina. (P.1)

Caso eu *veja* que ele não se adapta, daí eu passo pra direção e tento chamar a mãe. (P.3)

Um comportamento isolado, repetitivo em certas atividades, talvez [...], uma criança que talvez não aceite tantas mudanças, né, assim, ou trocas. (P.8)

A diferença em relação à precaução pessoal em ambientes novos, até então estranhos, entre crianças neurotípicas e com TEA é observada pela P.2. Ela ressalta a presença dessa desinibição estranha observada em um aluno com TEA:

[...] ou ao mesmo tempo aquela criança que já chega e já corre, não se inibe [...]. Porque [...] esse aluninho que eu percebi, assim, algo diferente, [no] primeiro dia de aula ele já entrou pela sala e já entrou assim, não com bagunça, [...] não estranhou nada [...], em nenhum momento ele estranhou, ele já chegou, já foi lá, daí já foi lá na mesa, já foi na outra [...] (P.2)

Novamente notou-se que a experiência no contato com crianças com TEA no ambiente escolar foi uma importante fonte de aquisição de conhecimentos sobre traços

autísticos, especialmente os menos abordados na mídia em geral ou nascidos do senso comum. Neste caso, a professora observou que o excesso de desinibição, e não o retraimento, no ambiente era compatível com o TEA, configurando-se como exemplo sutil de comportamento desadaptativo.

A agressividade, a agitação e a resistência a realizar atividades ou a seguir regras foram itens destacados por algumas participantes enquanto sinais autísticos, enfatizados como condição de difícil abordagem pelo professor em geral e geradora de desgastes:

[...] e a criança que tem autismo, NÃO! Ela... ‘porque que eu tenho que fazer isso?’, né? E daí ela não faz, se nega a fazer, ela... *é torturoso...* e a outra, mesmo ela não gostando, ela acaba fazendo... (P.2)

Então, assim, eu cheguei a conhecer, mas dum lado mais agressivo, mas não tinha contato, não tinha, assim, é... como é que eu vou te falar? Eu não sabia como que era essa parte, autismo. (P.3)

[...] uma criança que é inquieta, uma criança que não para. [...] essa agitação que eles têm, essa inquietude, né? E às vezes um pouco de agressividade, assim, né, que eles ficam agitados, eles gritam, gostam de gritar ‘aaaaahhh’, eles gritam mesmo! Né? É o que me chama a atenção. (P.5)

[...] e acho, de repente, até se alguém fosse tentar interagir com ele, eu penso que ele, de certa forma, se tornaria um pouco agressivo, não sei [...] (P.7)

[...] Porque assim, ou são superagitados ou não se envolvem com nada. (P.10)

A estereotípias também foram lembradas. Foram citadas por duas professoras como possíveis sinais autísticos:

[...] [a] questão de ir pra frente e pra trás com o corpo [...], esse [...] movimento de frente e trás, são coisas que eu fico observando. (P.1)

[...] se ela sentar, ela já levanta, ela já começa a rodar, [...] eles gostam muito de rodar, sabe? Gostam muito de rodar, [...] tanto ela gira com ela própria, como ela gira ao redor. Ela gosta de girar: ela vem aqui gira, vai lá gira, vai lá gira... [...] [a] mãe dela falou pra mim que ela girou sessenta vezes ao redor do carro e só parou porque ela pegou. (P.5)

Outros possíveis sinais autísticos, como desatenção, dispersão, peculiaridades motoras e dificuldades de aprendizagem foram levantados, trazidos de modo tangencial ou complementar à abordagem principal:

Eu costumo olhar a forma como eles sentam... que geralmente é em W. (P.1)

[...] você vê que fica disperso com muita facilidade, tendo que chamar a atenção constantemente [...] ou fica no [...] mundo da lua, né? (P.3)

Aprendizagem, ela também precisa de um atendimento individualizado. (P.7)

O autismo em si é uma dificuldade da criança, uma necessidade especial. (P.9)

As fontes de informação sobre o TEA mais citadas pelas participantes foram programas de televisão, filmes, internet e cursos. Vale ressaltar que o aumento da abordagem sobre o TEA na mídia é tendência mundial (BELCHER; MAICH, 2014). A P.10 revela que nem sempre a busca dessas informações é feita de modo ideal, mas o interesse na inclusão pode ser um elemento motivador:

Eu procurei olhar na internet algumas coisas e assim, não vou mentir pra você não, aqui dentro, na sala de aula, não dá tempo pra nada. Então, quando você tá em casa, você quer dar aquela descansada, mas mesmo assim você se preocupa com aquele aluno. Na verdade, não é exatamente com o aluno, mas você busca subsídios pra você trabalhar em sala e inserir ele, fazer com que ele também participe. (P.10)

## **Núcleo 2 – Percepções pessoais sobre o TEA: o definível, o impalpável e o imaginário**

A complexidade da interrelação entre conhecimentos, sentimentos, experiências, aspectos culturais, valores familiares e juízos de valor culminam nas percepções pessoais sobre algum tema. Há uma repaginação própria do assunto, de modo singular e individualíssima, que culmina na expressão prática de toda esta subjetividade. Percebe-se, às vezes, os atritos que emergem entre os conhecimentos teóricos, a vivência prática com o objeto do tema, as preconcepções, permeadas de variantes familiares, valores pessoais, sociais e culturais, as autorreferências e o sentimento de simpatia, esperança, compaixão, aversão, medo ou revolta envolvidos (FLICK, 2009).

O resultado disso tudo é observado nas falas das participantes, que se mostram muitas vezes contraditórias, ambíguas, racionalizadas, emotivas ou imbuídas de reflexões sobre a natureza da família, inclusão escolar e condições de trabalho docente.

É recorrente, por exemplo, uma certa inflexibilidade ou radicalismo sobre como é ou se porta um indivíduo com TEA, mesmo havendo uma consciência geral sobre a existência dos níveis de gravidade. Os traços autísticos aparecem enquadrados como absolutos e imutáveis. Há dúvidas se crianças com quadros amenos sejam se fato autistas. Seguem alguns exemplos que ilustram esta condição:

Eu imagino, na minha cabeça, [...] uma pessoa mais fechada, que vive em seu próprio mundo, que não conversa [...], uma pessoa totalmente centrada em si...só. (P.1)

Um deficiente. [...] Em tudo. [...] Na cabeça, ou nos membros, alguma coisa assim. De imediato seria assim, [...] um deficiente, ou físico, motor, sei lá, intelectual, alguma coisa assim [...]. Será que sabe falar? (P.3)

[...] mas parece que eles num falam muito, [...] praticamente não falam muito, né? [...] eles não tem muita conversa, assim, muito diálogo, né, a minha impressão é essa, eles não tem muito diálogo. (P.7)

Eu penso assim que vai ser uma criança com dificuldades extremas de relacionamento, uma criança que não vai conseguir parar quieta, vai ficar agitada, levantando com frequência, manipulando talvez aquele recurso que eu vou colocar na mesa, [...] da forma como não deveria ser usado no momento. Eu penso nas dificuldades, mesmo... (P.8)

[...] ele não poderia ser autista porque ele brincava, ele se relacionava bem, falava, [...] a gente vê, tipo, o autista não fala, não é muito de conversar, e ele conversava, ele falava. Eu acho que ele tinha uma dificuldade, mas não o autismo em si. (P.9)

Estas concepções dificultam a apreciação adequada dos sinais precoces do TEA, além, de afetarem o processo da inclusão escolar. A criança com TEA, de acordo com o nível de gravidade, pode ter apresentações diferentes e ímpares, desde atraso de linguagem a nenhum atraso; isolamento social a extemporaneidade nas abordagens interpessoais, com ingenuidade nas expressões de afeto, por vezes explosivas e inconvenientes; comportamentos internalizantes a externalizantes (GRACIOLI; LINHARES, 2014); maior ou menor grau de inflexibilidade a maior adaptabilidade; dentre inúmeros outros exemplos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Observa-se que o entendimento teórico da presença dos níveis de gravidade pela maioria dos participantes não foi, em grande parte, transportado para a descrição prática.

Se o diagnóstico de TEA for questionado pelos professores porque a criança consegue aprender, falar e relacionar-se com os pares em algum nível, como aparece no discurso da P.9, esta situação poderá criar problemas, ao gerar desconfiança sobre o diagnóstico. Além disso, pensando no professor enquanto elemento importante para o diagnóstico precoce, o desconhecimento prático sobre as variações fenotípicas do autismo retardaria o encaminhamento da criança para avaliação com o especialista. Porém, essa dificuldade no reconhecimento da diversidade de manifestações no TEA impacta também os profissionais de saúde, levando a atrasos diagnósticos (TOBÓN, 2012; TOBÓN et al., 2013; JENDREIECK, 2014). Uma estratégia para minimizar este problema poderia ser a abordagem educativa integrada, envolvendo profissionais de saúde e da educação.

As concepções sobre os comportamentos disruptivos no TEA revestem-se muitas vezes com exageros estereotipados, incitados pelo medo da convivência com alunos autistas. As experiências ruins pessoais ou de outros professores em relação ao TEA são a base, em muitos casos, de tais opiniões:

[...] como ele é em casa? Ele aceita, sei lá, a gente tá perto, tá conversando, tá pegando na mão, explicando? (P.4)

A análise dos dados evidenciou que há uma tentativa de amenizar o discurso enfático sobre a suposta agressividade animalizada de uma criança com autismo, refletindo o conflito íntimo entre o que se supõe ser a vida real e o dever de olhar esta criança enquanto ser humano sensível e afetivo:

[...] eu acho assim, que ela tem muita carência de carinho, ela precisa muito de atenção. (P.5)

Ah, eu vejo assim uma pessoa meio agressiva, sabia? Eu vejo ela assim revoltada, a imagem que eu vejo é ela tentando se livrar de você [...]. (P.5)

Diz a minha colega que ela é meio agressiva quando vai trocar ela, que ela faz duas vezes cocô no dia, chega e já faz, antes de ir pra casa faz de novo, e ela fica muito agitada pra trocar, ela chega dá soco, coice, assim, sabe, esse dia acertou um coice assim nela. [...] mas ela é carinhosa também, ela é amorosa. (P.5)

No entanto, a questão da agressividade e do comportamento desafiador, reaparece em outros momentos do discurso da P.5, mostrando ser uma fonte de preocupação permanente no relacionamento com indivíduos com TEA:

[...] Por exemplo, se você tentar pegar ela não vai deixar, se você tentar dar uma coisa pra ela, ela vai pegar e jogar, né? [...] ela vai querer fazer o que ela acha que ela tem que fazer.

As condutas disruptivas também são bastante valorizadas pela P.8:

[...] agitação, nervosismo, num pára quieto, briga com os colegas [...] (P.8)

[...] da irritação, do... não aceitar o meu não. [...] dessa criança querer fazer aquilo que ela quer fazer. (P.8)

Que que eu vou fazer se não é momento de fazer isso, mas a criança quer que eu faça isso nesse momento, e daí isso vai causar, talvez, uma frustração na criança e ela vai responder de formas... não sei ... talvez agressivas? (P.8)

Estudos indicam que o medo inicial aflorado no contato com alunos autistas tenderia a se dissipar após o convívio, assim como os preconceitos e estereótipos. Isto ocorreria porque o vínculo afetivo firmado entre professor e aluno acabaria destacando a criança em si, sua singularidade, em detrimento do estigma da doença (SANINI; BOSA, 2015). Entretanto, nem sempre as experiências evoluem positivamente, como veremos mais à frente.

A responsabilização da família e do meio social, seja pelo surgimento ou pela evolução do TEA, foi tema que apareceu na fala de três participantes, denotando a importância que o assunto merece no ideário destas professoras:

[...] eu acho um pouco também vem de criação, né? (P.1)

[...] que aí um professor, [...] é onde ele diz que 'nós estamos formando criança autista'... muitas vezes a criança não é, mas nós acabamos formando, quando a gente desde bebê coloca ele na frente de um computador, de uma televisão; não colocamos ele pra socializar com outras crianças, com outras pessoas, com brinquedos, né? [...] e eu tenho uma prima que estava lá e ela tem um menino de três anos; em nenhum momento o menino interagiu com outra criança. [...] desde os oito, nove meses, ela colocava ele no tablet...[...] já o outro, você vê, que nem o aluninho da outra sala, o menino vive na frente da televisão, [...] porque eu acho que a criança que fica muito ali ela vai ficar [autista]... (P.2)

[...] é uma criança assim, que geralmente quer atenção da mãe, né? A mãe, muitas vezes trabalha, muitas vezes não tem tempo pra aquela criança, tá sempre ocupada e a mãe sempre tem que tá fazendo uma coisa pra solucionar aquele momento que a criança quer a atenção dela, né, então eu acho que neste momento é isso que eu entendo. [...] dependendo do relacionamento que ela tem com a mãe, do convívio dela, ela é capaz de fazer tudo, né? (P.6)

A estimulação da criança é fundamental no desenvolvimento neuropsicomotor. De fato, a negligência e a falta de estímulos podem causar atrasos do desenvolvimento, por vezes gerando danos irrecuperáveis (ZALAUQUETT et al., 2015). No entanto, o uso de computadores, tablets, a televisão e a dinâmica familiar não podem ser encarados como causas primárias do autismo em si, como destacado nas falas das participantes, uma vez que o TEA tem etiologia multifatorial, envolvendo genética e diversas influências ambientais (BALBUENA, 2015). Tais condições podem, por outro lado, estar implicadas na evolução e prognóstico dos casos.

A associação do relacionamento da mãe com a capacidade da criança realizar tudo também não é plenamente admissível, porque nem sempre o progresso da criança se configura favorável, a despeito dos esforços dedicados pela família. Porém, admite-se que o comprometimento da mãe, da família, em investir na criança com TEA seja fator de melhora

prognóstica. Notamos que há confusão entre os fatores causais do TEA e fatores modificadores do prognóstico. A culpabilização das mães teve seu apogeu com Bruno Bettelheim, pesquisador da linha psicanalítica, ao atribuir às “mães geladeiras” a causa do TEA em crianças, com consequências danosas aos indivíduos autistas e às famílias (RAMÍREZ, 2014; GUEDES; TADA, 2015). Vê-se que, se alguma forma, tais ideias, embora suavizadas, ainda não desapareceram completamente do senso comum.

Expectativas superestimadas, algo fantasiosas, envolvendo a capacidade intelectual, aparecem também nas falas. De fato, há indivíduos com autismo (*savants*) que apresentam inteligência acima da média, em geral setORIZADAS em áreas específicas, aspecto destacado em diversas produções midiáticas, como nos filmes “Rain Man” e “Adam”, por exemplo (RIVERO; GARRIDO, 2014; RAIN Man, 1988; ADAM, 2009). Contudo, não é a situação mais comum no TEA.

Podemos sentir o desejo da P.1 pelo descortino de um horizonte positivo, de esperança e otimismo, embora fantasioso, para crianças com TEA, justificando o esforço voltado à inclusão e terapias. A P.1 teve experiência ativa com crianças com TEA, inclusive no âmbito terapêutico, podendo ter constatado progressos notáveis nas crianças assistidas. Justificaria sua conclusão de que as crianças com TEA são muito inteligentes, uma vez que testemunhou progressos substanciais em crianças autistas a partir de terapias eficazes. Por outro lado, a P.6 referiu não ter tido contato pessoal, direto, com pessoas com TEA ao longo de sua vida, tendo obtido informações e impressões principalmente através de filmes. Realmente podemos observar as características de personagens de filmes eclodirem vivamente no retrato que ela fez de crianças com autismo, pouco fiel à realidade da maioria dos indivíduos que padecem do distúrbio:

[...] pra mim, o autismo não é uma deficiência como as pessoas falam... é uma criança extremamente inteligente e que as pessoas tem dificuldade em compreender ou lidar com elas... [...] o autismo, pra mim, é uma criança que tem o dom de ser inteligente demais. (P.1)

Elas são muito espertas, mas tem uma certa dificuldade em se enturmar [...]. Mas é, criança assim, igual eu assisti uns dois filmes a respeito dessa doença, né? Que eles são muito espertos, eles tem uma inteligência muito elevada [...] tem muitas que são inteligentes, muito, assim, em Matemática principalmente, [...] outras tem o foco de computador, essas coisas, né, que entende muito, pega muito rápido a tecnologia. [...] Vem aquela criança muito inteligente, que a gente muitas vezes não tá preparada pra aquela criança, pra resolver a ansiedade dela, daquele momento, né? [...] É, muito inteligente, aquela criança muito esperta, [...] eu não sei explicar o que essa criança quer, né? [...] ela te prende ali, porque você não sabe responder, muitas vezes, fica sem resposta pra certas perguntas, quando a criança é muito esperta. (P.6)

A perspectiva da inclusão do aluno com TEA e as dificuldades enfrentadas pelo professor em sala de aula emergem dos discursos muitas vezes, como se notará ao longo da análise dos dados. Aqui, assumiram o papel de lente frente ao TEA, definindo contornos e facetas do transtorno a partir desta escala de observação:

Comecei a pesquisar, que eu fiz, fui chamando o pai e o pai não aceitava; o pai queria saber da parte pedagógica, queira que ele aprendesse. Eu falei 'pai, vamos esquecer isso, vamos focar primeiro em socialização pai, aí vamos tentar interagir ele no meio das crianças, vamos inserir ele ali; ah, ele vai aprender, pai, ele tem a vida toda'... só que, daí, a outra equipe não me apoiava, eles queriam resultado. (P.3)

[...] porque tem caso que é grave, que você não vai ter como, você dar conta na sala de aula. Agora, eu acho que um caso mais leve, eu acho que dá tranquilo pra ser inserido em sala de aula junto com os outros. Eu acho. [...] Mas de repente, o mais leve, você pode *tá*, com a ajuda da família, de todos mundo, você pode *tá*... conduzindo [...] o moderado, eu penso que dá conta de fazer tudo, né, seguir a vida dele normal, agora, esse que é grave eu num tenho noção do que pode ou não fazer. (P.4)

Não sei do cognitivo da criança, né, se o autismo compromete a parte dela da aprendizagem ou não, né, mas eu acho que, de repente, a criança pode aprender sim, né? (P.7)

A aprendizagem do conteúdo escolar é considerada, pelos professores, muitas vezes supérfluo em crianças com necessidades especiais (GLAT; PLETSCHE, 2012). No entanto, no âmbito da inclusão escolar, é perfeitamente possível o avanço pedagógico, a partir do estabelecimento de estratégias individualizadas (GIACONI; RODRIGUES, 2014). As necessidades de investimento em áreas de comprometimento evidentes, como a socialização, a adaptação ao ambiente, obediência às regras e o desenvolvimento da linguagem, tornam-se prioridade para muitos docentes, deixando de lado o ensino do conteúdo pedagógico. A fala da P.3 ilustra esta situação.

Pimentel e Fernandes (2014), em sua pesquisa sobre a perspectiva dos professores no trabalho com crianças autistas, também relatam que diversos professores entrevistados consideraram mais importante o desenvolvimento da comunicação e da sociabilidade do que o aprendizado pedagógico em si. No entanto, isso pode ser justificado, em parte, pela falta das terapias especializadas que deveriam ser dispensadas a toda criança com TEA precocemente, facultando-lhe ampliação do repertório de comportamentos. Giacconi e Rodrigues (2014, p. 697) abordam sobre esta questão:

Colocar o sujeito autista em condições de desadaptação é motivo de sofrimento. Por suas características cognitivas, principalmente os processos executivos de percepção, compreensão, controle emocional, comunicação, entre outros, pelo efeito dos seus distúrbios nos processos sequenciais e nas sinestésias, pela fragilidade emocional e relacional que o distingue, o aluno autista necessita de um processo progressivo de inclusão na escola, precedido por ações conscientes e miradas na adaptação. Trata-se, em relação a essa síndrome, diversamente de tantas outras, de *adaptar antes de incluir*, projetando e direcionando uma série de cuidados e ações que permitam, ao momento oportuno e progressivamente, favorecer primeiro a presença e depois as melhores e possíveis formas de participação na escola, na classe e nas atividades. (itálico das autoras)

A adaptação pré-inclusão permitiria ao aluno frequentar o ambiente escolar com maior desenvoltura, preparado para, de fato, assimilar conhecimentos acadêmicos. A ênfase centrada na socialização, em detrimento do desenvolvimento intelectual da criança, não atende aos princípios da inclusão escolar, na qual todos os alunos têm o direito de ter acesso aos conteúdos a partir de recursos didáticos que atendam suas especificidades, sem segregação ou discriminação. A “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” assegura esta condição (BRASIL, 2008).

Se a criança com TEA não tem condições de frequentar a sala de aula em função da limitação do repertório de comportamentos adaptativos, o investimento deverá ser feito, naquele momento, em terapias comportamentais, e não em um processo de inclusão escolar artificial, improdutivo e frustrante. A escola deveria ficar para depois. Infelizmente, o acesso da população a tais terapias é precário no Brasil, e a criança autista vai para a pré-escola sem qualquer preparo prévio (GOMES et al., 2015). Assim, o professor acaba assumindo o papel de terapeuta leigo de alunos com TEA, ensinando-os a comer, a sentar, a obedecer, a brincar, a conviver com os colegas e funcionários da escola.

A dificuldade no relacionamento dos professores com crianças com TEA e na progressão das atividades em sala de aula foi exaltada inúmeras vezes pela P.8. O desconforto com o TEA é notório, explicitado pela grande quantidade de vezes que o termo “difícil” ou “dificuldade” aparece na sua fala. Vale destacar que a P.8 nunca teve um aluno com autismo em sala de aula. Ela estende sua visão do assunto para outros professores, justificando, pelo ideário coletivo profissional, seu pensamento sobre o TEA. Os problemas são trazidos para o ambiente da sala de aula, na qual o aluno com autismo criaria, em tese, conflito com os demais estudantes e traria desgastes para o professor, sendo imperiosa a necessidade de medicamentos e suporte multidisciplinar para que possa ser tolerável a convivência no ambiente:

Dentro do quadro de todas as necessidades especiais, eu vejo ela assim como algo que não é tão fácil, entendeu? (P.8)

E que, para nós professores, tentar trazer essa criança, ou, dentro do meu meio, assim, em lidar assim com ela, eu acredito que no mínimo a medicação e um auxílio multifuncional, aí. (P.8)

O autismo, me parece assim algo muito difícil, muito. (P.8)

Eu penso nas dificuldades, mesmo... (P.8)

Não difere dos pensamentos dos outros colegas. Como eu disse, infelizmente o rótulo já tá aí, né, então... (P.8)

Todas essas partes do negativismo, infelizmente vem primeiro. (P.8)

[...] mas o que fazer nesses momentos para que não piore a situação e venham talvez, criar mais problemas pra própria criança e pra sala no geral. (P.8)

Ideias incomuns e equivocadas aparecem no contexto do TEA também no âmbito sensorial, como a presença de um superolfato, a exemplo do que expõe a P.3:

[...] então, pra *mim* chegar nele, eu tenho que deixar ele chegar até mim [...], eu falo assim, que eles vão, acho, pelo cheiro, pelo odor, não sei [...]. (P.3)

Tais considerações apriorísticas sobre o TEA poderiam ser consideradas, desde o início, uma barreira à compreensão sobre a ampla diversidade de apresentações clínicas do autismo, prejudicando o reconhecimento precoce de traços autísticos e também afetando, potencialmente, a inclusão escolar. Nem toda criança autista precisa de medicamentos; nem toda criança autista é agitada, inquieta; nem toda criança autista é agressiva ou “isolada em seu próprio mundo” (SANINI; BOSA, 2015). O esclarecimento sobre estes pontos poderia trazer sólidos benefícios para alunos e professores, em todos os sentidos.

Ainda sobre o aspecto dos estereótipos, a P.10, convivendo com um aluno com TEA, demonstra dificuldades em diferenciar intencionalidade e os comprometimentos próprios do autismo. Nesta seara, ainda que tibiamente, introduz a necessidade de compreensão do interlocutor, em contraponto ao que se supõe ser manipulação, pirraça ou preguiça do autista:

Então, assim, depende da criança, não é que ele não aprenda, ele tem preguiça ou ele é um pouco mais lento pra fazer, mas eles aprendem, assim, com alguém do lado.(P.10)

Quando ele pega o teu ponto fraco, que você não tem paciência com ele, ele usa isso a favor dele: ‘se eu quero fazer, eu faço’. (P.10)

De maneira intencional, ‘eu quero fazer, eu faço’, ‘se eu não quero fazer, não vou fazer’. (P.10)

Você não sabe se ele tá fazendo isso por manha, por pirraça [...] (P.10)

Eu comecei a assistir alguns vídeos na internet de atividades desenvolvidas com alunos que tem o autismo e fui percebendo, assim, aos poucos: não é que eles não fazem, é que muitas vezes a gente não entende eles. (P.10)

### **Núcleo 3 – O professor frente ao aluno com TEA: sentimentos, ações e reflexões**

As experiências pessoais com o TEA foram o grande balizador para as percepções das professoras sobre o autismo. Nota-se a emergência das situações vividas com alunos autistas em sala de aula, na forma como caracterizam o transtorno e como o percebem na prática.

Metade das professoras entrevistadas (P.4, P.6, P.7, P.8 e P.9) não haviam tido nenhuma experiência com alunos com TEA. Algumas destas participantes conviviam com alunos com algum comprometimento ou necessidade especial que não possuíam diagnóstico; é interessante registrar como percebiam o TEA através da descrição das características destas crianças.

Quando as participantes tiveram contato com dois ou mais alunos com TEA, a possibilidade de comparar os casos enriqueceu as vivências e trouxe maior qualidade na descrição dos comportamentos e no destaque da variabilidade. Quando a participante referiu convívio com apenas um aluno, a experiência, traumática ou produtiva, assumiu-se como fio condutor para a percepção do TEA.

Por exemplo, a primeira e recente experiência em ter um aluno com TEA em sala de aula pode ser marcada por forte impacto traumático, em função da agressividade e falta de preparo comportamental do aluno para o ambiente escolar. A P.3 chega a contar com precisão os dias nos quais não foi agredida. A situação colocou em xeque a autoconfiança da professora, levantou dúvidas sobre a qualidade do vínculo afetivo com o aluno e sua capacidade de exercer adequadamente sua função docente nesta situação. Evidencia-se o sentimento de isolamento e de falta de apoio.

Apesar das vitórias que julgou ter obtido, o resultado real aparentou ser o esgotamento emocional, o isolamento e trauma frente às dificuldades enfrentadas na relação com o aluno autista, condição explícita no clima de sofrimento psíquico onipresente ao longo de toda a entrevista, recurso para a catarse:

Antes de eu ter o meu aluno [...], eu não sabia como que era o autismo, né? [...] foi uma coisa nova pra mim, eu não sabia como lidar, não sabia nem quê que era o autismo [...]. A partir daí eu fui começando a me interagir, a buscar, mas [...] pra mim foi um susto, porque eu não sabia o quê que era ainda, né? (P.3)

Eu tive que ir sozinha atrás. Então, foi assim, uma coisa... eu usei os meus métodos, os meus meios e o [...] o que eu achava que era certo, né? E até então, pra mim deu certo, da minha maneira... se foi errado ou não, né? Pelo menos [...] a minha parte tentei fazer. (P.3)

Os rompantes dele são mais extensos; antigamente ele chegava a dez, quinze minutinhos. Já chegou ter rompante dele ter duas horas e meia, de eu ter que largar toda a turma [...], mas eu [tinha que] dar atenção, porque ele me pegou como referência [...]. (P.3)

Tem dia que ele é um amor, mas tem dia que ele tá agressivo, que nem: ele me agride, eu apanho, apanho. Agora não; faz vinte e cinco dias que ele não me agride, então assim, são conquistas, né? (P.3)

[A escola especial] veio, ele não tava tendo esses rompantes agressivos, né, aí eu falei o jeito que eu tava trabalhando, ela falou que estava certo. Daí eu só falei uma palavra errada, né, que eu [...] eu pegava nele aqui, ela falou assim, ‘você [...] tem que falar pedagogicamente correta, professora, você, é... conteve ele’, [...] eu falei, ‘ah, legal, tá, desculpa, né?’, falei. (P.3)

[...] mas só que tava sendo constante, constante e as agressões *tava* sendo demais, demais, demais [...]; na outra professora ele não batia, só em mim ele batia [...]. (P.3)

Daí ele já chegava, já queria pegar os brinquedos, batendo, se você não *dasse* né? Ele grita, gritava, gritava, batia, batia, gritava, batia, e daí as horas iam se passando, né? E ele chorava, parecia que ele *ruivava*, não sei se é o certo o que eu vou te dizer, mas a impressão que eu tinha é que ele *ruivava*, ele chorava, ele queria ir embora. (P.3)

Trago pra mim, e é uma coisa que no começo do ano me prejudicou muito, assim, que mexeu com o meu emocional, e afetou na minha casa [...]. (P.3)

A criança com TEA sem adequado preparo prévio para frequentar a sala de aula pode criar uma situação insalubre para o professor, como já discutido anteriormente. Idealmente, é necessário investimento terapêutico antes de enviar a criança para a escola, para gerar ampliação do repertório de comportamentos funcionais em terapias intensivas, a exemplo do ABA (MONTALVA; QUINTANILLA; SOLAR, 2012; FERNANDES; AMATO, 2013). A terapia comportamental funciona como pré-requisito ao investimento acadêmico em si, permitindo que a criança, por exemplo, consiga sentar, pegar e entregar um objeto, comer, fazer e compreender solicitações, muitas vezes através de modelos alternativos de comunicação.

O acesso a estas terapias pelo SUS é precário no Brasil (GOMES et al., 2015). Assim, a criança é “incluída” na sala de aula, sem condições de obter qualquer produtividade

intelectual, trazendo problemas aos professores e demais alunos. A rejeição de docentes a ter alunos com TEA em sala de aula pode ser compreensível a partir daí (FAVORETTO; LAMÔNICA, 2014). Todos saem prejudicados com isto: o professor, os outros alunos e, principalmente, a criança autista, pela total falta de perspectiva de viver, de fato, a inclusão escolar.

A convivência com um aluno com TEA considerado “leve” foi descrita pela P.5. O teor da experiência foi bem diverso da P.3; chamou sua atenção o fato da criança ser carente, necessitar de muita atenção, não gostar de contato e ambientes fechados e apresentar-se agitada ocasionalmente. A professora teve que se esforçar mais para controlar os picos de agitação da criança, ter domínio de classe, fazê-la ficar sentada e produzir alguma atividade, muitas vezes de modo livre. A maneira de perceber e sentir o TEA, além das informações da mídia, foi impregnado por esta experiência mais suave e produtiva:

Eu peguei ela no colo, ela me deu dois beijos no rosto, elas são muito carentes, então, ela precisa muito de atenção. (P.5)

Eles são *carente*, a gente percebe que eles são *carente*. [...] ela tá andando aqui, mas ela tá me observando, sabe? Então, vou dizendo assim ‘cuida de mim’, ‘cuida de mim’. (P.5)

Ela não me chama. Às vezes ela chega perto, fica paradinha e dá, assim, algum som, assim, que você vê que ela quer tua atenção, né? (P.5)

[...] quando eu chego perto pra colar, ela faz ‘ahhhhh’, ‘ahhhhh’, e não quer. Daí eu tenho que deixar aqui os *negócio* tudo pra ela; [...] mas ela não quer o meu contato. (P.5)

[...] ela já não aceita muito que a gente faça as coisa pra ela, ela gosta de liberdade na verdade, eles *gosta* da liberdade, [...] achar que eles sabe fazer as *coisa*, é assim que eu vejo a ---. (P.5)

[...] mas tem dias, assim, que ela chega bem calma, e tem dias que ela chega bem agitada, bem agitada, ela chega de lá já gritando, sabe, já chega e quer pegar a mochila e já sai arrastando e gritando; e tem dias que não, ela chega quietinha, calminha, olhando pra gente, ri, ri pros coleguinhas, ela até se entrosa assim, um pouquinho, sabe, com alguns colegas também. Lá fora no *solarium* ela brinca, ela interage. (P.5)

[...] eu tô explicando lá, aí eu vou passar pra eles, mas ela não pára. Então, ela fica aqui, ela arrasta aquela mochila e ela grita, [...] eles olham pra mim mas já olham pra ela de novo, então tá bem complicado de manhã, sabe, bem complicado pra que as crianças assimilem os *conteúdo*, elas se distraem muito, a --- distrai muito muito eles. (P.5)

Apesar da dificuldade, a experiência não representou trauma, ao contrário; a P.5 percebeu avanços globais na aluna, associando tais conquistas, inclusive, às intervenções em sala de aula:

[...] ela não gosta muito do ambiente fechado, ela não gosta muito de sentar, mas agora ela já senta, ela já rabisca, faz os *trabalhinho* dela [...]. (P.5)

[...] e a mãe dela diz que em casa ela não senta, *pra nada*. Ela senta na cadeira aqui, ela senta, daí ela rabisca tudo, claro, a gente deixa ela a vontade. (P.5)

O papel de “professor-terapeuta” ganhou destaque nas falas de quatro participantes, dentre as que possuíam experiência direta com o TEA. A obrigatoriedade da inclusão de crianças autistas que não tinham qualquer preparo para frequentar o ambiente escolar tornou imperativo, aos olhos das professoras, a necessidade de priorizar o ensino de comportamentos e rotinas que permitissem minimamente a convivência e o atendimento às necessidades básicas dos alunos:

Assim, pro meu aluno pegar um lápis e escrever, pra ele é muito difícil, pra ele pegar e pintar, nossa! Pare, eu sinto que pra ele é uma tortura... e como é que, daí, eu vou ficar cobrando isso dele, se [...] eu sinto que ele não sente prazer, ele chora, ele não quer fazer isso... (P.2)

[...] foi indo, foi trabalhando, tentava colocar ele em rodinha, ele não gostava de ficar em rodinha, ele queria ficar sozinho, daí eu buscava, colocava no meio, e daí eu vi que ele gostava do amarelo, e do azul e do preto, daí colocava essas cores que predominava mais, colocava ali pra ele, daí ele gostava de comer [...] os lápis de cor, né? Daí eu tentei fazer outra coisa, com massinha, né? [...] chegou no final do ano já não comia mais quase lápis, não rasgava o livro dele, o livro didático dele, tinha o caderno igual todo mundo [...]. (P.3)

[...] porque quando ela chegou aqui, ela não fazia nada, sabe? Faz dois meses praticamente que ela tá aqui. Ela já senta, ela já pega os lápis, ela pinta, ela senta no chão pra brincar com os colegas, ela senta pra assistir. Então, a mãe dela diz que nada disso ela fazia, nada disso. (P.5)

[...] eu tenho que largar a fila aqui, ir lá, pegar na mão da ---, trazer e colocar ela em primeiro na fila, porque pra eu levar a fila, tenho que levar a mãozinha da ---, caso contrário, se joga no chão, chora, chora, chora, chora e fica ali. Se eu não *ir* lá e dar uma atenção, limpar o nariz e falar ‘vamos, vamos’, e levar, na primeira ou na minha mão, ela não vai. [...] E eu fui aprendendo aos poucos; se eu não ajudar ela comer, ela não vai comer. Eu comecei do zero com ela, igual quando você começa com bebê. [...]. (P.10)

Sobrecarregar o professor com atividades que não são da sua alçada compromete a inclusão escolar de alunos com necessidades especiais. O esforço empírico despendido para ensinar a criança a sentar, comer, pegar o lápis, obedecer a ordens simples e a interagir, repertório de comportamentos trabalhado em ambientes terapêuticos com técnicas adequadas, deveria, idealmente, ter sido direcionado para o desenvolvimento cognitivo, pedagógico, do aluno. Essa também seria a expectativa do professor, ainda mais levando em consideração que o docente não foi preparado para tratar uma criança com TEA (PIMENTEL; FERNANDES, 2014). No final das contas, a inclusão acaba se resumindo a

tratamento sem técnica no ambiente escolar e à contenção da criança para não afetar os demais, gerando uma inconveniente exclusão acadêmica:

[...] se ele inventa uma coisa, daí ele começa gritar, ele começa chorar, e [...] como é que você vai fazer isso sozinha? Daí você tem ele e tem mais uma turma de vinte... né? É um grupo grande, então tem que ser mais, tem que ser duas pelo menos, [...] senão, você acaba dando atenção aos outros e você acaba... meio que deixando ele. E daí eu vejo que isso prejudica a criança. (P.2)

Esqueci a parte Pedagógica, eu pensei comigo assim, primeiro eu tenho que trabalhar o que a socialização e a interação dele, ele tem que sentir seguro nesse ambiente, né? Principalmente também comigo. (P.3)

[...] eu não consigo, hoje eu tenho que fazer tal coisa na sala e o --- tá na sala. O que que acontece? Pega o --- e leva pra brincar com os brinquedos lá na sala e ele fica a tarde inteira brincando lá com os brinquedos pedagógicos.[...] Se deixar, ele fica a tarde inteira assistindo a Peppa. Quer dizer, o pedagógico, nada. Porque, não tem como você dar conta sozinha de vinte alunos e um necessitar de você específico.[...] o pedagógico é mais difícil de fazer. [...] você vai ter um autista na sua sala, *páh*, caiu de paraquedas lá dentro, nem eu nem ele sabe lidar, foi o que aconteceu comigo. Com a outra professora, que encerrou o ano e a criança só permaneceu aqui no CMEI, mas, vai olhar as atividades se ela fez.... ela não fez nada. (P.10)

Diante desta distorção das funções da escola e do professor, o que se comemora em relação às conquistas da criança também tende a ser distante de avanços pedagógicos:

[...] faz vinte e cinco dias que ele não me agride, então assim, são conquistas, né? [...] Aí largou a mão da mãe aqui no portal, pegou na minha mão e veio comigo. Eu me senti vitoriosa, porque, né? Primeiro, se fosse primeiro momento ele nem *tchum* pra mim, mas não, eu fiz assim nele, ‘oi, boa tarde’, largou da mão da mãe dele e veio comigo. (P.3)

[...] hoje a --- tá agitada, chorando, eu não quero essa criança chorando a manhã inteira na minha sala, o que que eu vou fazer? Vou pegar no colo, vou dar uma água, vou tentar fazer um carinho, fazer com que ela fique quietinha, e foi indo, foi indo e foi onde eu fui conquistando a confiança dela, e, aos poucos foi indo. [...] aos pouquinhos a gente foi lidando com ela, ela foi se abrindo, foi indo, encerrou o ano supertranquila. (P.10)

As expectativas positivas em relação a um indivíduo com TEA, ou o que se considera que sejam capazes de realizar e produzir, situaram-se, na maioria dos casos, entre a fantasia humanitária *naïve*, às vezes baseadas na mídia (SANTOS; SANTOS, 2012), e a realidade observada nas experiências diárias associada a pressuposições.

A contradição nos discursos foi a tônica. A princípio, a pessoa poderia fazer “tudo” ou “muita coisa”; mas o “tudo” tem muitas limitações e restrições. O sentido de “tudo” também é vago: ações básicas para sobrevivência, como comer, sair, vestir-se? Brincar? Relacionar-se, casar e ter filhos? Ter autonomia? Aprender? Ter destaque intelectual? Ter

sentidos sensoriais avançados? Não se sabe exatamente. Ela pode muito, mas tem que se encaixar, ter apoio, ter bom relacionamento com a mãe, ter nível leve... e depende do tempo dela. O condicional emerge e ascende com vigor após o “tudo”:

[...] realizar o quê? Eu acho que tudo. Não tem o que uma criança autista não possa realizar... [...] desde que tenha o acompanhamento adulto, né? Desde que os pais ou algum responsável esteja disposto a ensinar... porque sozinho a gente não vai aprender nada, não importa se ele é autista ou não. [...] eu acho que não tem limite [...] e ela tem que se encaixar no mundo de um jeito que não faça mal pra ela [...]. (P.1)

Ah, muita coisa, né?! Imagina! Ela pode realizar tudo! [...] só que eu acho que eles têm [...] que ter um acompanhamento, né? Tem que, desde cedo, tem que ter alguém pra dar suporte a eles. [...] Aí eu já vou quase que contradizer o que eu falei antes, mas... eles podem tudo, né? Podem sair, podem se vestir, pode comer fora, mas daí [...] não é todos que vão chegar a ser um Messi. (P.2)

[...] através do estímulo, tem muita coisa que ela pode fazer [...]. Eu acho que pode, eu acho que pode fazer é ter uma vida normal, né? [...] pode casar, ter filho, assumir uma casa, tranquilo, que nem eu falei procê, tem, não sei, esse tipo de graus, né, se for grau mais leve, eu acho que tranquilo, dá pra assumir, ter uma vida normal. (P.4)

[...] dependendo do relacionamento que ela tem com a mãe, do convívio dela, ela é capaz de fazer tudo, né, assim, tudo dentro do limite dela, no momento dela, ela pode resolver, pode fazer as coisinhas dela normal, pode, né, brincar igual uma criança normal, normal, modo de dizer, né, não é tão normal, né, [...] mas, na medida do possível ela pode realizar as coisas do dia a dia, tranquilo. (P.6)

A fala que indivíduos com TEA são capazes de realizar qualquer coisa, “tudo”, é incoerente em relação às dificuldades atribuídas às pessoas com o transtorno apontadas pelas próprias entrevistadas. Consideramos que tal expectativa superdimensionada, teórica, fundamenta-se em questões morais, na compaixão e no sentimento humanitário atribuível às ideias politicamente corretas, conquanto não corresponda exatamente à realidade. Ninguém é capaz de realizar “tudo” na vida, em função da natureza limitada das manifestações de cada indivíduo, com ou sem TEA; mas o tudo que cada um consegue construir sempre é relevante e singular.

A ponderação sobre as possibilidades de produtividade diante dos comprometimentos no TEA tangencia a moral íntima; há o impulso de expressar quão normal é o diferente, mas logo se conclui a inviabilidade desta situação na maioria dos casos. As experiências pessoais e as pressuposições sobre o TEA modulam o tom inicial e há tentativa posterior de trazer o discurso para uma situação mais realista. O apoio e a necessidade de investimentos terapêuticos são ressaltados. No entanto, as ideias passam a assumir roupagem variada a partir daí, na qual o “tudo” vai de minimalista a

grandioso. O realismo nas expectativas escapa das falas e nota-se que, de modo geral, há pouco entendimento pragmático sobre a questão.

Observa-se que a compreensão sobre as facilidades e potenciais de realização de uma criança com TEA, sempre pesando as especificidades de cada caso, implicaria possivelmente na maior valorização do diagnóstico e terapêutica precoce pelos professores, além do esforço pela inclusão escolar efetiva (CAMARGO; BOSA, 2012; RODRIGUES; MOREIRA; LERNER, 2012; LEMOS; SALOMÃO; AGRIPINO-RAMOS, 2014). Haveria entendimento maior sobre a interdependência destas condições e as expectativas seriam, de fato, realistas e particularizadas.

A capacidade intelectual e de aprendizagem também são destacadas nas falas. Em alguns casos, enfatiza-se a facilidade em alguma área específica de habilidades ou cognição, até superior em relação a outros indivíduos. Porém, também há dúvida sobre o assunto. O teor das experiências prévias com diferentes alunos autistas, ou mesmo a inexperiência, nortearam as opiniões, graduando, para mais ou para menos, o entusiasmo:

[...] eu vejo na hora de explicar alguma atividade do livro didático, alguma coisa assim, eu não preciso sentar [...], eu não preciso falar ‘---, vamos fazer esse aqui?’. Ele lê... parece que ele sabe o que está escrito ali... ele sabe o que ele tem que fazer... [...] a gente sabe que ele OLHANDO, ele aprende... e entende mais do que os demais. (P.1)

Digo assim, eu não sei a parte pedagógica, assim, né, porque eu não tive essa experiência. [...] Pode, por exemplo, brincar, até estudar, estudar, estudar sim, eu acho que, se tiver um apoio, eles tem capacidade sim, e de ir mais longe ainda, lógico né, é no momento, é no momento deles, não do nosso, digo, eu acho que é isso. Mas em termos de estudar, brincar, interagir, tem capacidade sim, né? Demora? Demora... [...] (P.3)

[...] só que desenvolver igual às outras crianças normal, né, eu acho meio complicado, né, de ir pra escola, [...] vai pra escola mas tem que ter uma especializada, no caso, depende o grau, por isso que eu não sei, esse negócio de grau eu não entendo. (P.4)

Ela pode ser uma pessoa... um físico, uma pessoa que entenda bastante de Matemática, um professor esperto, né? [...] da Ciência, né? (P.6)

[...] mas ela não tem dificuldade pra aprender, ela aprende muito mais rápido que outras crianças. [...] Eles conseguem fazer, mas é quando eles querem fazer. (P.10)

Apesar de frisar a capacidade de aprendizado acima da média, a P.10 também ressalta que:

O autista, ele consegue comer, consegue brincar quando tem paciência com ele [...]. (P.10)

Ela transita do elementar ao ápice sem encontrar um sentido de coerência entre as situações, demonstrando certa instabilidade na percepção das potencialidades no TEA. A experiência pessoal empírica, sem a fundamentação teórica, possivelmente tornou sua percepção pouco linear, progredindo ao modo de uma colcha de retalhos, a partir da observação e convívio com crianças autistas com necessidades muito diferentes. Tal fato pode ser considerado um efeito direto da ampla variabilidade de fenótipos autistas (ENDRES et al., 2015).

Ainda na seara das experiências pessoais, a impressão negativa do TEA pesa na avaliação da P.3, que, em meio à reflexão sobre as potencialidades da criança autista, destaca, aqui e ali, as dificuldades na evolução e os problemas comportamentais:

Demora? Demora. É uma luta? É uma luta; [...] então ele tem essa facilidade pra isso, por exemplo, o som, o barulho do som, isso mexe com ele. O som deixa ele muito irritado, o barulho alto, irrita muito, então, daí quando ele sentiu o barulho, ele coloca a mão, *cabou* a brincadeira, *cabou*, tem que parar. Tem que parar porque [...] ele vai ter um rompante dele, né? (P.3)

De modo inédito em relação às outras considerações, a P.5 destaca que a “A facilidade é liberdade”; a liberdade de explorar e conseguir obter algum resultado prático com as tentativas. Ela argumenta:

Mas se você quiser deixar o garfo pra ela e dar com o outro, vai deixando, vai deixando ela na liberdade dela, porque, ela com o garfo na mão, ela vai arriscando a pegar e comer, né? (P.5)

Apesar da pouca perspectiva de aprendizados mais sofisticados, ela valoriza o fato da criança se lançar às vivências, sua capacidade de explorar o mundo, levando-a naturalmente a algum resultado.

Dúvidas sobre a evolução das potencialidades são levantadas pela P.7, em meio a titubeios:

Porque eu, sinceramente, eu não sei responder se a pessoa teria força de sair daquele... não sei se posso usar esse termo... ‘casulo’. [...] daí volta aquela questão dos graus, né? [...] se do mais leve a pessoa conseguiria sair em busca, sinceramente eu não sei te responder. (P.7)

A caracterização das dificuldades de crianças com TEA surgiu de modo mais objetivo, diferentemente do que se observou na descrição das facilidade e potencialidades de crianças com autismo.

Os problemas relacionados aos diversos aspectos da socialização e interação, por exemplo, e o impacto imediato e futuro destes prejuízos foram muito abordados:

[...] uma com grau mais grave, eu acho assim, que num tem contato nenhum, não gosta de ter contato com as pessoas, não vai te escutar porque as vezes fica assim, [...] às vezes no mundinho delas, né? Daí eu não sei, parece que desliga do mundo. Aí você vai tá explicando e ela vai tá lá, num tá te vendo, num tá nem ali. (P.4)

[...] acredito que as pessoas meio que isolariam, sabe? [...] E eu fico pensando, até que ponto isso seria bom pra essa pessoa, né? [...] acho que não seria bom porque daí ela vai, cada vez mais, não sei, se fechando nesse mundinho. (P.7)

Será que eles não sentem a necessidade de se relacionar? A gente pensa: ele tá lá no mundinho dele, mas eu vou deixar ele lá no mundinho dele? Será que eu não tenho que trazer as outras crianças pra brincar? Não deve ser fácil só brincar sozinho, só, não conversar e tal, e acho que assim, não deve ser fácil ser sozinho, né? [...] A criança sozinha, não deve ser fácil pra ela, né, pensando ali, 'porque que os coleguinhas não brincam comigo', né? 'Não conversam comigo'? 'Não dividem o brinquedo'? E, às vezes, até as outras crianças, acho que com uma outra criança que tenha dificuldade, eles querem cuidar, querem ficar em cima, então, às vezes, também pressiona ele esse cuidado demais. A gente não sabe, será que tá incomodando? Muitas vezes eles não respondem pra gente o que que incomoda, o que que aperta demais, sufoca. (P.9)

Os distúrbios da comunicação verbal foram destacados pela P.7 enquanto elemento dificultador das interações sociais e da aquisição de autonomia financeira:

Eu vou falar da dificuldade primeiro, eu acho que seria bem, bem difícil, a criança não se comunicar né? [...] eu acho que ficaria muito preocupada com essa questão da comunicação, né? E quando ele ficar adulto? Isso tende a melhorar? Isso vai continuar? Como será, por exemplo, quando ele tiver que partir pro campo do trabalho, né? Como que ele vai conseguir um trabalho, né? Como que ele vai conseguir interagir com as pessoas nesse trabalho, né? Eu penso que seria muito difícil essas questões. (P.7)

A agitação psicomotora, as crises de nervosismo e a irritabilidade apareceram em algumas falas:

Além do autismo ele tem um grau de hiperatividade...então ele corre pela sala o tempo todo. [...] No fim de ano, pode ser um pouco de cansaço, mas ele não quer mais fazer as atividades dele... ele tem aquela de jogar o lápis... de não querer mais. [...] a gente sabe que eles têm crises e essas coisas. (P.1)

[...] eu tive um relato de uma professora, semana passada ela teve uma crise, e assim, se chorava constantemente na sala, se irritava, quebrava, virava [...]. (P.8)

[...] então, nesse dia que a mãe brigou, eles estão supernervosos, você não consegue fazer nada com eles, a não ser dar carinho e ficar ali, [...] aí é mais um

denigo, mais um carinho de colo, mais uma questão de acalmar essa criança. Essa tarde já era. [...] Eles não ficam parados, é o tempo todo correndo, é o tempo todo correndo, mexe aqui, mexe ali, mexe aqui, mexe ali e nada prende a atenção deles. A dificuldade nossa é sentar [...]. (P.10)

Outro problema seria a falta de limites, a dificuldade em seguir regras e acatar sugestões:

Mas se você der um limite, de alguma coisa pra ela, ela não, não... não vai, nada vai. [...] A dificuldade é inserir ela num contexto, digamos assim, de limites, né? Limites, ela não aceita limites, nenhum, nenhum, nenhum, não adianta. [...] É como se fosse um bebê aprendendo, o dia a dia dele, ele vai teimar, vai voltar ali, ela é a mesma coisa. [...] Mas se tu pegar um brinquedo e dizer 'ó, ---, vai brincar com esse aqui', dificilmente ela vai querer. (P.5)

Mas é no tempo dela e o dia que ela quer fazer [...]. (P.10)

A falta de discernimento no TEA foi pontuada pela P.2, condição que pode pôr a criança em risco:

[...] ele num desenvolve essa parte de certo/errado [...] isso de certo/errado ele não entende, ele pega e VAI! Se [...] você descuidar, ele passa o portão e se manda, aí você fala pra ele: 'mas não pode fazer isso, é perigoso, lá na rua tem pessoas estranhas, podem te levar, lá tem o carro que pode te atropelar', não adianta, no outro dia ele faz de novo, se descuidar, ele faz de novo. (P.2)

O apego às rotinas e os comportamentos ritualizados foram lembrados que P.6:

Ela gosta assim, de tudo estar em ordem, ela tem [...], digamos assim, aquele controle. As coisas dela têm que estar sempre do mesmo jeito, a disposição dela certinho, se mudar ali, ela já acha uma dificuldade, porque ela tem o costume de regras, né? Coloca sempre certinho ali. Se ela é acostumada a levantar tal hora, escovar o dente tal hora, se você mudar aquela rotina, ela já vai ter uma dificuldade em voltar, até ela se adaptar, né, de novo à rotina dela, acho que são esses pontos que encontra uma pouquinho de dificuldade mais, na vida dela. (P.6)

A reflexão sobre o aspecto cognitivo retorna neste contexto em uma abordagem interessante, relativizada. Não assume caráter determinante para a dificuldade de aprendizagem, uma vez que outras crianças sem TEA enfrentam problemas também. As P.9 e P.10 expõem a visão sobre o assunto:

Eu acho assim, que o cognitivo, às vezes a gente pode ver tem uns que têm mais dificuldade, mas assim, tem criança que é dita como normal em tudo, mas que na parte pedagógica ela tem dificuldade [...] a aprendizagem vai acompanhar os outros da mesma idade né, pode ser que um pouquinho menos, mas, a gente vai ter várias crianças que terão dificuldades, às vezes, igual a um autista, não porque tem alguma coisa mais, né? (P.9)

[...] só que a dificuldade, a aprendizagem dele, ou é mais rápida que a das outras crianças, ou é mais lenta. (P.10)

Todas as dificuldades levantadas pelas participantes podem, de fato, estar presentes no TEA, em níveis ou apresentações diferentes. Não devem ser encaradas nunca de modo absoluto ou imutável, porque cada caso comporta singelas particularidades. Em relação ao potencial de aprendizagem, por exemplo, não apenas o nível cognitivo possui influência, mas a capacidade de comunicação, o impacto das disfunções sensoriais e as comorbidades, como o TDAH, os transtornos de ansiedade e de humor, também interferem no aprender (FLÓREZ, 2014; BIALER, 2015).

Crianças autistas com nível intelectual normal, mas com comprometimento importante da linguagem verbal, ansiedade, depressão, agitação psicomotora, desatenção, aversão a ruídos ou sensação de queimação na pele, por exemplo, terão poucas condições de ter bom desempenho acadêmico, caso não sejam assistidas. Também serão mal interpretadas, possivelmente relegadas ao limbo das crianças improdutivas, preguiçosas ou “manhosas” (SANINI; BOSA, 2015). O enclausuramento ao próprio corpo, conforme o relato dos próprios autistas, impedem-nos de elucidar estes equívocos (BIALER, 2015).

Ao longo de todas as entrevistas, o tema mais recorrente foi como aparece o TEA em sala de aula, na prática. O assunto teve vida própria, emergiu longamente dos discursos em diversos momentos e constatou-se a necessidade das professoras em discorrer sobre isso. Essas vozes que não encontraram condições de serem ouvidas, que não encontraram suporte e empatia, quiseram ecoar sobre sua realidade com vigor, no afã de serem compreendidas e apoiadas. É importante considerar o quanto tais questões influenciam a maneira como os professores percebem o TEA (SANTOS; SANTOS, 2012).

A falta de qualificação específica para atender alunos autistas e o dia a dia com o aluno autista na sala de aula são trazidos por todas as participantes. Sendo a inclusão obrigatória, o despreparo técnico e as demandas difíceis de serem atendidas geram desgaste emocional, medo e sofrimento (RODRIGUES; MOREIRA; LERNER, 2012; PIMENTEL; FERNANDES, 2014). São vozes por vezes indignadas, críticas, cansadas, suplicantes, acusativas. As abordagens se repetem com impressionante regularidade, conforme é possível perceber ao avaliar suas falas. Este cenário complexo remodela e agrega importante significado sobre a forma dos professores perceberem e viverem o TEA no dia a dia:

[...] é uma coisa muito complicada, porque não tem um professor nem uma pessoa especializada, qualificada pra ficar com aquela criança... então, aí você tem que falar pro professor ‘ó, faz assim, faz aquilo outro...’. De repente funciona uma semana, mas na próxima já não vai funcionar... professor já tá cansado, né? Teve um caso de um garoto que a professora tinha que deixar ele livre na sala pra ele

rabiscar o quadro, porque senão ele ficava gritando e atrapalhava o aprendizado dos outros colegas e ele não tinha uma professora só pra ele, que ajudasse. [...] A prefeitura, ela te disponibiliza palestra...professor não se importa. Às vezes ele tá tão cansado, com vinte anos de prefeitura, que ele não quer ir numa palestra que dure o dia inteiro pra falar sobre autismo... (P.1)

Enquanto CMEI, escola, nós não estamos preparados, eu particularmente [...] não estou preparada. [...] Precisamos de ter mais formação sobre isso, porque é muito importante. Porque, como eles falam, tem que fazer a inclusão, mas chega aqui, você é como se fosse um peixe fora d'água, você não sabe como lidar com isso, então, assim, é complicado, é difícil [...] como você [vai] lidar, porque não tem só ele na sala, tem os demais, e daí o que acaba acontecendo: a tua atenção volta toda pra esse aluno, ou essa aluna, volta, e daí muitas vezes você acaba esquecendo dos demais. [...] Chorei, eu pensei em desistir, me achei uma incompetente por não saber lidar com essa situação, daí parei, falei 'não!', aí comecei eu mesma, né? [...] Não vou dizer que tá cem por cento, mas é um dia após o outro. (P.3)

E a minha visão é assim: nós não temos suporte nenhum, nós não temos ajuda de nada, e quando você vai buscar, é muito, muito pouco, e aquela questão de amizade mesmo. [...] porque no início do ano vem assim: 'Ah, você vai ter um autista na sua turma', mas ninguém prepara a gente pra esse autista. Eu não tive nenhum tipo de curso, nem um tipo de ajuda nem da psicóloga, nem da assistente social, nem da orientação, da coordenação, nada. Só sei que eu tenho um autista, que caiu de paraquedas aqui dentro da minha sala, e eu tenho que fazer com que essa criança participe [...] do meu dia a dia junto com as outras crianças, eu tenho que desenvolver meu conteúdo com ela. Aprenda ou não aprenda eu tenho que virar em mil aqui dentro pra dar conta. (P.10)

E neste contexto, como o professor poderia pensar e auxiliar no diagnóstico precoce? A questão é abordada em meio a outras reflexões.

A falta de qualificação do professor como entrave à percepção dos sinais autísticos nos alunos é apontada pelas P.1 e P.7:

Tem muita, muita criança por aí que tá deixando o diagnóstico ser passado porque o professor não tá qualificado pra isso... se eu não tivesse passado pela clínica, eu também não [...] saberia o que fazer... (P.1)

É muito difícil [...], assim, pra diagnosticar; você acredita que é difícil o diagnóstico? [E] Por exemplo, pra nós, professores, que somos, entre aspas, leigos? (P.7)

A negligência na Educação Infantil em relação à detecção precoce de distúrbios nas crianças é enfatizada pela P.4. Embora as dificuldades dos alunos sejam relatadas e levadas a instâncias maiores pelos professores da pré-escola, pouca ou nenhuma ação prática é de fato implementada a partir de suas observações, resultando no aumento dos problemas da criança a médio e longo prazo:

[...] a minha queixa é, eles sempre *deixa* a Educação Infantil de lado, aí quando chega na escola, precisa tomar providência. Cansei de ver, às vezes, [...] 'ah, não o aluno tem isso...' conversa aqui, daí não resolve nada. Aí quando vai resolver, [...] é na escola, que aí eu acho que já é tarde. (P.4)

Os mapas mínimos da rede social institucional, construídos pelas participantes, ilustram, de modo geral, a carência de ações práticas efetivas após a detecção de problemas comportamentais em alunos, sinalizados pelos professores (Ver item 6.3).

A lacuna da intersetorialidade no cuidado aos alunos com sinais precoces de distúrbios é ponderada pela P.8. Ela destaca também a frustração do professor ao ser ignorado na sua tentativa de auxílio:

Que pena, né, porque no momento eu acabo não contribuindo em nada! (P.8)

[...] trabalho em equipe multifuncional, trabalho em conjunto, pra que a coisa realmente possa dar continuidade, pra que não fique só no início. Nós temos o início, às vezes o meio, e raramente um fim. Raramente mesmo. (P.8)

[...] ou fazer um relatório, outro relatório, e aí vem a psicóloga, e aí fica na sala, lá, um, dois dias, né, observando tudo, às vezes até me observando, infelizmente esses comentários assim acabam sendo gerados, né? E leva lá e depois não me traz nada. Nenhuma resposta. E aí some e sabe lá o que aconteceu. E aí no ano que vem aparece o mesmo aluno, com a mesma característica, e eu vou fazer de novo o relatório, passar pra frente, entendeu? (P.8)

Nós temos a impressão que parece que lá na Educação Fundamental que a coisa anda, que aqui não anda, embora a gente saiba que muitas coisas só podem ser diagnosticadas a partir dos sete anos, oito anos. Mas essa coisinha assim, diferente, que a gente observa aqui... e você pode ter certeza, teve coisa que foi observada no berçário, e ninguém deu atenção, mas quando chegou lá no pré, viu que a bomba *tava* estourando. E aí a gente levou pra frente, não deu resultado, quando começou a ter um acompanhamento, essa criança já iniciou o ano letivo daqui, aí foi lá pra escola fundamental, aí também nós não sabemos, né? (P.8)

A falta de articulação intersetorial para o diagnóstico precoce de enfermidades é conduta padrão na realidade brasileira. Não há cultura de diagnóstico precoce se não existe agilidade no pronto encaminhamento de casos suspeitos (GOMES et al., 2015). A morosidade e a inoperância desmotivam os agentes sinalizadores do problema a persistirem proativos, enfraquecendo um dos elos do esforço conjunto em prol do diagnóstico e terapêutica precoce do TEA. O custo futuro ao país é expressivamente maior na vida adulta, em função da multiplicação do número de dependentes do Estado (BUESCHER et al., 2014). Estes adultos disfuncionais poderiam ter sido tratados desde a infância, com efetiva conquista de autonomia (BRASIL, 2014).

As longas filas de espera para consultas com médicos especialistas merecem destaque no que tange ao diagnóstico precoce, porém a enorme dificuldade no acesso gratuito a psicólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos e fonoaudiólogos, por

exemplo, prestam um desserviço à Saúde Pública, pois impede a abordagem interdisciplinar importante no diagnóstico de TEA e também a progressão de danos a partir das terapias (SEVILLA; BERMÚDEZ; SANCHEZ, 2013; TOBÓN et al., 2013; LIMA et al., 2014). Os professores sinalizam que estão atentos aos sinais de transtornos em seus alunos e estão tentando ajudar, mas as instituições sociais não estão oferecendo suporte adequado.

#### **Núcleo 4 – Investimentos no professor para a detecção do TEA**

Os cursos, capacitações, palestras e especializações foram as requisições mais frequentes das professoras no sentido de ampliar a atenção sobre o TEA para o diagnóstico precoce. Em especial, gostariam que estas qualificações os ajudassem a lidar com crianças autistas em sala de aula. Algumas enfatizam a importância dos cursos sobre autismo serem custeados pela Secretaria de Educação ou Prefeitura Municipal, considerado suporte mínimo, obrigação destes órgãos com os educadores, para auxiliar na compreensão e inclusão escolar:

Eu acho que a gente tinha que ter mais capacitação, né? Mas isso tem que ser ofertado através da Secretaria; tem que ser dado curso, porque até há alguns anos atrás a gente não ouvia falar do aluno com autismo em sala, mas agora tem bastante, e cada ano, pelo que eu vi, vem aumentando mais o número de crianças, né? (P.2)

Eu acho que tinha que ter uns *curso*, porque a gente sempre cobra, [...] não tem que ser só pra mim, tem que ser pra todos.[...] acho que todo mundo tem que ter um curso, uma especialização. [...] então, seria importante que nem , desse uma palestra, explicar os sintomas, como que é... [...] esclarecer a gente, pra gente poder tá olhando lá, pra você tá podendo *saber* como trabalhar com aquela criança. (P.4)

[...] deveria, por parte da organização escolar, digamos, da Secretaria de Educação, promover ações, promover cursos exatamente assim, nessa área, Educação Especial. Mas assim, claro e objetivo, [...] assim, bem específico. (P.8)

A Secretaria da Educação, a Prefeitura, né, tudo, deveria ter uns treinamentos pra gente, cursos com pessoas que te mostrem a realidade, médicos, coisa assim. Mostrar a realidade, ‘ó, a criança é assim, vocês vão ter que analisar assim, alguns traços que são de autismo ou não’. [...] Teria que ter palestras, cursos, mais referente ao autismo que as vezes tá tão comum e a gente, às vezes, não tem noção do que é. (P.9)

Então assim, pra eu lidar com essa situação do autismo, eu acho que teria que ter uma formação. [...] Um esclarecimento, olha o aluno autista é isso, isso, isso, levar a gente *pruma* palestra do que é autismo, de como trabalhar esse autismo em sala, porque se a gente não tem, não adianta eu ir só lá na internet buscar, ler livro [...]. (P.10)

A P.1 faz uma proposta interessante, mais pragmática e funcional:

Eu acho que tinha que ter alguma, ah, não sei, alguma coisa mais prática, que traga tanto pro professor, quanto pra coordenador, pro diretor, no campo do trabalho, no dia do trabalho, não fora daqui; que a gente cansa durante o dia, a gente não quer ir pra outro lugar fazer... então é uma coisa assim, que prenda mais... (P.1)

Outra sugestão foi a aproximação da equipe multiprofissional com o ambiente escolar. As P.2 e P.8 reforçam a ideia, porém visando mais o auxílio ao manejo da criança em sala do que propriamente a conscientização sobre os sinais precoces do autismo:

A gente tinha que ter um melhor acompanhamento, né, um apoio, coisa que a gente não tem...[...] tem que ter uma equipe [...] de psicólogos, tinha que ter assistente social, tinha que ter mais gente pra trabalhar... (P.2)

Nós precisamos da equipe, da equipe multifuncional, ela é de extrema importância. (P.8)

A importância da troca de experiências é ressaltada pela P.7:

[...] troca de experiência também, né, com pessoas que trabalham com crianças autistas, pra que a gente faça essa troca, busque essa ponte. (P.7)

Na nossa experiência prática, notamos que cursos, capacitações e palestras auxiliam na conscientização do professor sobre os sinais precoces do TEA, porém não têm boa eficácia no favorecimento do processo de acolhimento da criança em sala de aula. A atuação conjunta entre terapeutas e professores é a melhor condição, a partir de visitas técnicas de profissionais que trabalham com as crianças às escolas, orientando os professores sobre como devem atuar, caso a caso (BENITEZ; DOMENICONI, 2014).

A integração entre a Educação, Saúde e Serviço Social, seja em relação ao diagnóstico, seja em relação ao seguimento dos casos, é a maneira ideal e menos dispendiosa de articular estratégias em Saúde Pública, especialmente na área pediátrica. A integração em rede de pelo menos estas instituições sociais permite os ajustes necessários ao manejo de transtornos como o TEA desde muito cedo, evitando o enorme ônus futuro na sustentação de adultos dependentes totais (BUESCHER et al., 2014).

A presença no professor da Educação Infantil nas estratégias preventivas em Saúde Pública pode ser melhor valorizada. O diálogo periódico dos professores com a equipe de saúde e assistência social, incluindo a comunicação facilitada com profissionais especializados, a depender das necessidades surgidas, integraria melhor o cuidado em relação à criança, inserindo-a em uma rede protetora permanente de acolhimento e assistência (LIMA et al., 2014).

A intersectorialidade assegura melhores resultados globais em âmbito comunitário. Não se trata de abandonar ou corromper as especificidades das funções, mas de compartilhar responsabilidades de modo dinâmico, cultivando interfaces que dialogam entre as diferentes áreas (LIMA et al., 2014). Em múltiplas áreas de saúde da criança, a observação do educador em geral é precoce e acurada (ZAQUEU et al., 2015). Portanto, é preciso pensar em ações práticas de modo a integrar melhor o professor na rede de Saúde e de assistência social, inserindo-o enquanto agente proativo permanente e com voz ativa, integrado a um fluxo funcional que permita o diálogo e o acolhimento das demandas. Da mesma maneira, o resultado das intervenções da saúde e da assistência social também necessitariam ter continuidade na escola, criando um fluxo multidirecional perpetuador de ações positivas em prol da criança. Isso não implica a criação de novas estruturas e sim de promover a organização, a funcionalidade e a fluidez da conexão entre as diferentes áreas e saberes (BRASIL, 2015).

### **6.3 Mapa mínimo de redes – a rede social institucional de apoio à escola frente à suspeita de TEA**

Os mapas de redes construídos pelas participantes mostram as instituições sociais que dão suporte aos CMEIs no acolhimento às crianças com suspeita de TEA.

O envolvimento da coordenação ou direção do CMEI foi representado em todos os casos. Apesar deste fluxo ser obrigatório na escola nestes casos, as relações são descritas como fortes, confiáveis e muito próximas. Confere segurança ao corpo docente na atuação em prol do aluno.

Na maioria dos casos, a coordenação ou direção aciona a Secretaria de Educação Especial, solicitando apoio do “Programa Construindo a Cidadania” na avaliação do aluno. O “Programa”, como já discutimos, é uma iniciativa da Secretaria de Educação do município de Foz do Iguaçu visando integrar uma equipe multiprofissional na rede escolar. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2013). A escola, então, aguarda a visita do psicólogo e/ou assistente social, vinculados ao “Programa”. Diversas dificuldades foram retratadas neste processo; o contato com a Secretaria acontece sem problemas, mas é retratado um grande atraso na tomada de ações.

Após espera, os profissionais aparecem no CMEI, mas a intervenção parece não ser efetiva; apesar da observação em campo e da abordagem à família, a criança acaba não conseguindo o diagnóstico. Quando a família é orientada a procurar um médico na Atenção Básica, há relatos de algumas professoras de que não é dada a devida atenção ao caso e a criança permanece sem diagnóstico.

Esta ineficiência no acolhimento aos casos suspeitos de TEA é frisada pela maioria das participantes, que lamentam o atraso diagnóstico. Inclusive, há solicitações que as professoras elaborem relatórios de acompanhamento dos alunos com dificuldades, porém a devolutiva é algo raro:

O que que nós temos agora? Um caminho de incertezas, de dúvidas, se é ou se não é, se é bom, se é ruim, vale a pena? Eu já me perguntei. Vale a pena eu encaminhar pro grupo, né, eu encaminhar pra assistente social? Porque eu vou fazer relatório, relatório... e eu vou passar e daí não vem retorno, não vem resposta, tudo é demorado, tudo é difícil. (P.8)

Assim, de modo geral, parece não existir comunicação eficaz entre professores, profissionais do “Programa Construindo a Cidadania” e, em especial, profissionais da saúde vinculados ao SUS.

Em relação ao tamanho das redes, observa-se um número reduzido de vínculos, de modo geral, variando de 2 a 7. Instituições relacionadas ao Órgão Diretor, Saúde, Educação, Assistência Social e as Famílias aparecem nos mapas com frequência, demonstrando homogeneidade nas redes. A área jurídica foi citada por apenas uma participante.

Seguem, abaixo, as instituições sociais referidas pelas professoras, em cada setor específico do mapa elaborado por Ude (2008):

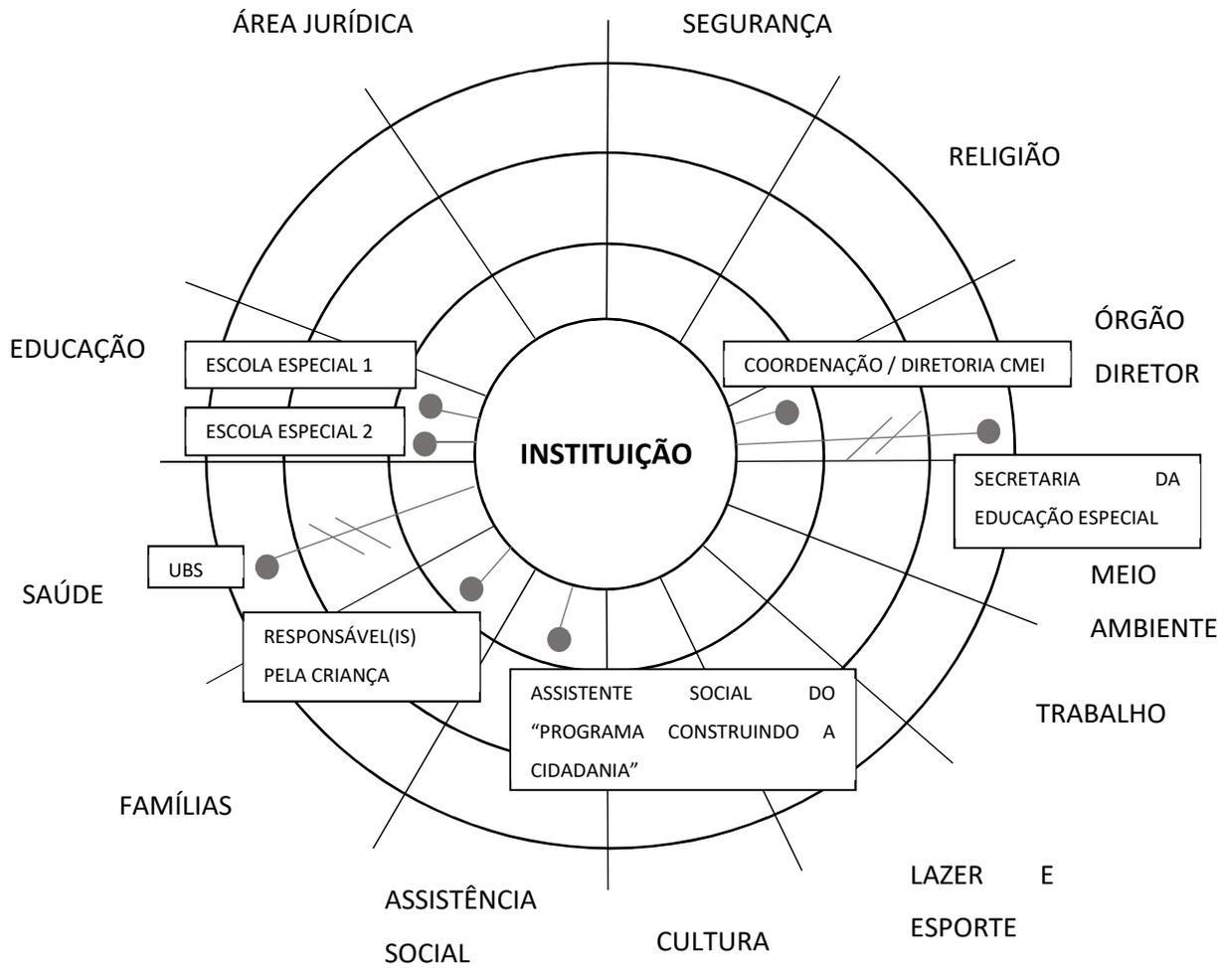
- a) área jurídica:
  - vara da família;
- b) assistência social:
  - assistente social da UBS;
  - assistente social do “Programa Construindo a Cidadania”;
- c) educação:
  - escolas especiais;
  - universidade;
- d) famílias:
  - pais ou cuidadores;
- e) órgão diretor:

- coordenação do “Programa Construindo a Cidadania”;
  - direção e/ou coordenação do CMEI;
  - Diretoria da Educação Infantil;
  - Secretaria da Educação Especial;
  - Secretaria Municipal de Educação;
- f) saúde:
- fonoaudiólogo(a) da UBS;
  - fonoaudiólogo(a) do “Programa Construindo a Cidadania”;
  - psicólogo(a) da UBS;
  - psicólogo(a) do “Programa Construindo a Cidadania”;
  - UBS.

Em geral, o papel das professoras, conforme descrição das entrevistadas, é fazer chegar a informação sobre o aluno até a coordenação e/ou direção do CMEI. A partir daí, o fluxo não é bem conhecido por elas, mas sabem que a Secretaria de Educação, seus sub-órgãos e/ou o “Programa Construindo a Cidadania” são acionados. Depois, as entrevistadas notam a presença de profissionais da equipe multiprofissional do “Programa” na escola, a exemplo do psicólogo e do assistente social.

As escolas especiais, vistas no mapa da P.3 (Figura 5), são acionadas quando existe um aluno em acompanhamento terapêutico nestas instituições, não exatamente para auxílio no diagnóstico da criança. A finalidade seria orientação para inclusão e manejo do aluno em sala de aula. Não foram, portanto, órgãos inicialmente pensados no acolhimento de casos suspeitos. A universidade emergiu como possibilidade de oferecer consultoria técnica sobre o TEA aos CMEIs, de acordo com a P.7 (Figura 6).

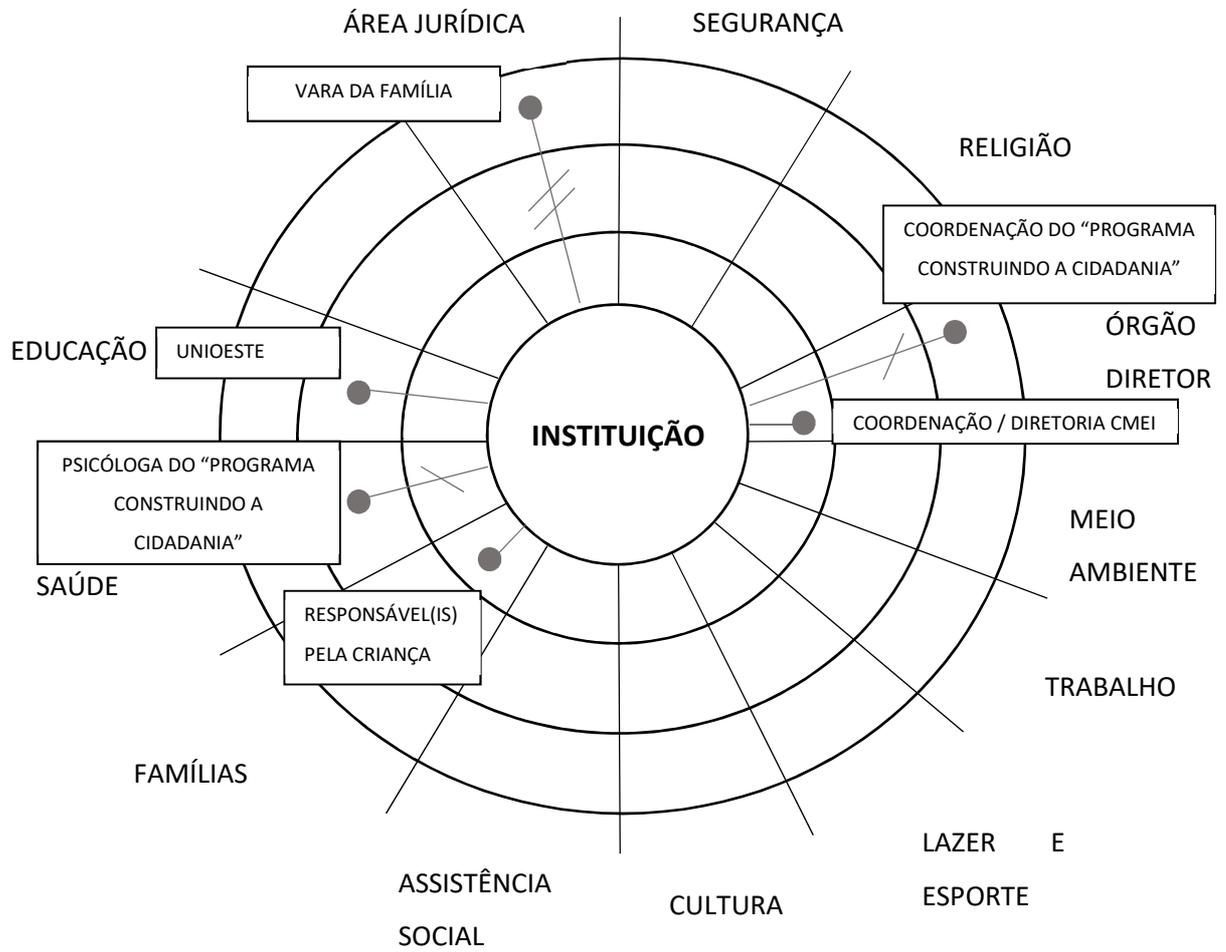
Figura 5 – Mapa mínimo de redes construído pela P.3



Legenda:

- VÍNCULO FORTE
- /-● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- ///● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

Figura 6 – Mapa mínimo de redes construído pela P.7



Legenda:

- VÍNCULO FORTE
- /-● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- ///● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

A família é um ponto delicado. Embora haja uma relação próxima e, em geral, com vínculo sólido com as professoras, conforme representado nas Figuras 5 e 6, são assinaladas algumas ressalvas. Nem sempre a família concorda com a intervenção da escola, gerando atritos. Uma das causas seria a negação da sintomatologia da criança, como sinaliza a P.8:

[...] o que que acontece muito, né, com os pais, a não aceitação de que tem alguma coisa ali, eles não aceitam de primeiro, ou acabam... é...dizendo, ‘ah, é assim mesmo’, ‘ah, mas em casa ele é assim mesmo’[...]. (P.8)

A negação da sintomatologia autística faz parte do processo de luto vivenciado por muitas famílias ao se defrontar com a possibilidade de ter um filho com autismo (MAIA et al., 2016).

A negligência de alguns pais no cuidado com a criança é pontuada pela P.5:

Tem família, que também num resolve muita coisa não, viu. Tem família bem desleixadinha! (P.5)

A vara da família foi incluída no mapa da P.7 justamente pensando em uma possível resistência da família em levar a criança com suspeita de TEA ao atendimento médico (Figura 6).

A referência para a Atenção Básica em casos de alunos com suspeita de TEA não é rotina adotada pela direção do CMEI, segundo as participantes, à exceção de alguns casos, como encaminhamentos para fonoaudiólogos e assistentes sociais das UBS. Nestes casos, o profissional da UBS já tem um histórico de suporte ao CMEI, particularmente. Então, a maior parte das tentativas de auxílio aos alunos com suspeita de TEA em geral são realizadas dentro da própria Secretaria de Educação, a partir de seus programas e ações, mesmo que falhas e tardias.

A Atenção Básica foi pouco incluída nos mapas por aparentemente não ser confiável ou ser pouco efetiva na confirmação das suspeitas dos professores. O atendimento médico não foi considerado uma opção viável inicialmente, seja devido à sensação de ineficiência, seja pela dificuldade em conseguir consulta. A P.2 ressalta a falta de profissionais da Unidade de Saúde e reflete sobre o despreparo dos profissionais para lidar com crianças com distúrbios comportamentais:

[A Unidade de Saúde] Não tem uma equipe adequada, [...] não tem nem médico! [...] [a] questão de postos, [...] eu acho assim, complicado pela falta, ou pelo não entendimento deles com situação... [...] olha, posso falar pelo meu aluno, ele fez dois anos fono, né? Aí, diz que a fono reclamou porque ela dava atividade pra ele pintar e ele se debruçava, e ele dormia, porque ele não gosta de fazer, então, assim, daí eu perguntei: ‘mãe, mas ela fez alguma pesquisa, porque que ele não fala?’, ‘não, nada disso, ela só reclamou! Reclamou e ela falou que ele era um dos casos

mais difíceis que ela tinha pego e não ia mais atender... então é falta de preparo. (P.2)

A falta de apoio da Atenção Básica é abordada pela P.10 pelo viés da falta de acolhimento e preparo do pediatra, dando o exemplo de uma situação vivenciada por ela mesma:

A psicóloga pediu pra que eu levasse, fez um relatório pra que eu levasse no posto, com a assinatura da assistente social e da psicóloga, que a pediatra fizesse um encaminhamento pro neuro. Quando o pediatra me atendeu no posto, ele falou pra mim: ‘a sua filha baba? A sua filha não come sozinha? Ela surta? Ela faz isso? Ela faz aquilo? Ela não tem necessidade de neuro. [Para] Neuro é aquela criança que não consegue comer sozinha, que tem convulsão, que baba, que surta, aí é pro neuro, ela não precisa de nada, o que ela precisa é de limite, ela precisa de hora pra dormir’. Voltei pra escola e falei: ‘moça, você não me manda mais pra lugar nenhum que eu não vou’.[...] No caso da mãe aqui, as mães foram e voltaram com a mesma coisa, o pediatra não quis dar. (P.10)

Não constatamos, nos mapas, vínculos com a Atenção Secundária. Vale lembrar que os indivíduos só podem ter acesso ao ambulatório de especialidades do SUS se forem referenciados por médicos da Atenção Básica. Assim, professores não teriam como encaminhar os alunos diretamente para médicos especialistas da rede pública, mas ainda assim poderia haver interlocução entre os profissionais.

O CAPS i deveria ter contato direto com as escolas, conforme a Rede de Atenção Psicossocial Ampliada (BRASIL, 2015). No entanto, esta condição não aparece nas falas das participantes.

Os setores com maior número de instituições são, portanto: Órgão Diretor, Saúde e Educação. No Órgão Diretor, aparecem o “Programa Construindo a Cidadania”, os setores e órgãos da Secretaria de Educação hierarquicamente acima dos professores. Na saúde, os profissionais ligados ao “Programa Construindo a Cidadania” povoam o setor. A educação ganhou destaque em função do apoio das escolas especiais, mas com pouca relação com o diagnóstico precoce, como esclarecemos. Assim, o “Programa Construindo a Cidadania”, seja como Órgão Diretor ou Saúde, seria responsável pela maior número de instituições nas áreas destacadas.

Quando observamos a densidade da rede nos mapas, de modo geral, observamos que os vínculos mais fortes e próximos são atribuídos à direção e/ou coordenação do CMEI, às famílias ocasionalmente e à Diretoria da Educação Infantil, em um dos casos. Então, a força da rede estaria centrada no próprio CMEI, em órgãos da Secretaria da Educação, eventualmente, e nas famílias das crianças com suspeita de TEA, frequentadoras da escola.

A coordenação do “Programa Construindo a Cidadania” e sua equipe, como psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, aparecem um pouco mais distanciados, com vínculos enfraquecidos ou mesmo inexistentes, em alguns casos, em função da demora no atendimento às demandas, da falta de devolutiva e efetividade das ações. No entanto, a P.8 aponta a dificuldade dos poucos profissionais da equipe em atender à demanda de toda a rede escolar municipal:

Acho que são poucas as pessoas que trabalham em função disso, pra atender essa grande quantidade de CMEI e escola. (P.8)

Os vínculos mais enfraquecidos têm relação com os profissionais da UBS, como já discutimos, com a Secretaria de Educação e Secretaria da Educação Especial. Os mapas construídos pelas P.3 e P.4 exemplificam estas condições (Figuras 5 e 7).

Figura 7 – Mapa mínimo de redes construído pela P.4



Legenda:

- VÍNCULO FORTE
- /● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- //● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

Diante dos resultados, concluímos que o cuidado às crianças com suspeita de TEA, no ponto de vista das entrevistadas, é falho na rede de órgãos públicos de Foz do Iguaçu. Tem como arrimo principal o “Programa Construindo a Cidadania”, mesmo com todas as dificuldades. Seja pela insuficiência dos órgãos sociais ou pela falha da intersetorialidade na articulação das ações, ou por ambos, há uma expressiva discrepância entre a RAPS

preconizada pelo Ministério da Saúde e o que se constata na prática, através das falas das professoras (BRASIL, 2015).

A RAPS exalta a integralidade no atendimento aos indivíduos, o fluxo racional entre os diversos níveis de serviço, a garantia na continuidade do cuidado e a intersetorialidade funcional. A rede asseguraria o bem-estar dos pacientes, considerando todas as dimensões de suas necessidades, físicas, psíquicas, afetivas e sociais (BRASIL, 2015). Verificamos a incompatibilidade da RAPS de suporte ao TEA, preconizada pelo Ministério da Saúde, com a realidade de Foz do Iguaçu, a partir da análise dos mapas das entrevistadas (BRASIL, 2014; 2015). É discutível, inclusive, se existe uma RAPS para indivíduos com TEA no município.

A criança tem um vínculo importantíssimo com a escola, em função do tempo em que permanece na instituição e das relações construídas com professores e colegas. O desenvolvimento infantil, em todas as áreas, é fortemente influenciado pelo ambiente escolar, através do estímulo da cognição, da linguagem, da socialização e das aquisições psicomotoras. É onde se aprende as regras básicas de convivência na sociedade. Em função disso, a atenção à saúde da população pediátrica deve necessariamente envolver as escolas, através de um fluxo contínuo de contato e apoio intersetorial, objetivando a promoção e a continuidade do cuidado em múltiplos níveis (MENDES, 2010).

Entendemos que a criação do “Programa Construindo a Cidadania” foi uma tentativa de articulação intersetorial em prol do cuidado integral das crianças matriculadas na rede pública escolar, iniciativa da Secretaria de Educação (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2013). E, de fato, notamos, através das falas das entrevistadas, que o “Programa” é o maior elemento de apoio às escolas, no momento, em relação ao acolhimento de crianças com suspeita de TEA, embora os vínculos estejam enfraquecidos. O fortalecimento desta iniciativa pelos gestores do município poderia ser um primeiro passo no sentido da construção efetiva da RAPS ampliada, intersetorial, voltada ao cuidado dos indivíduos com TEA, e também com outros transtornos mentais, em Foz do Iguaçu

O incentivo ao “Programa”, contudo, não afasta a necessidade de voltar o olhar para a RAPS preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014; 2015). O investimento na rede pressupõe diversas reformulações no funcionamento das Unidades da Atenção Básica, na Atenção Secundária e no CAPS i, especialmente no que concerne ao acesso aos serviços. A regularização da remuneração e a ampliação da contratação de profissionais (BARBOSA, 2011), a implementação de programas de educação continuada e as ações de matriciamento

(LIMA et al., 2014) seriam alguns dos elementos primordiais para a construção da RAPS de acolhimento aos indivíduos com TEA em Foz do Iguaçu. A parcerias formais com a educação poderiam ser realizadas a partir daí, alicerçadas em uma rede de atenção sólida e funcional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção do TEA pelas professoras é fruto de uma teia intrincada de informações adquiridas, sentimentos, vivências, ideias do senso comum, aspirações e valores pessoais. A reflexão sobre o tema suscitou pedidos de ajuda, desabafo sobre as condições de trabalho, catarses pessoais. Percebemos que as opiniões sobre o autismo não se resumiram apenas a informações objetivas; vieram permeadas de elementos do dia a dia em sala de aula e das experiências pessoais, boas ou não, no contato com alunos com TEA.

Em relação aos conhecimentos sobre os sinais do TEA, as professoras assinalaram diversos traços que são compatíveis com o transtorno. Com maior ou menor grau de entendimento do espectro de gravidade, as entrevistadas apontaram o comprometimento da socialização, o atraso de linguagem, o prejuízo no brincar e o comportamento ritualizado, estereotipado. Estas características fazem parte da tríade clássica do TEA, demonstrando que as professoras foram capazes de elencar os principais sinais de suspeição do transtorno. Com estas informações, no *status* atual de conhecimentos, já seria possível considerar a possibilidade dos CMEIs rastrearem com sucesso alunos com traços indicativos de TEA, um apoio inavaliável no sentido do diagnóstico precoce.

Outras informações relevantes foram trazidas pelas entrevistadas, como presença de níveis de gravidade, a prevalência maior em indivíduos do sexo masculino, a influência da genética e o comportamento estranhamento desinibido em um ambiente estranho, demonstrando a dificuldade em adotar condutas adaptativas. Estas observações também são corretas e são úteis no melhor entendimento do TEA. No entanto, ainda aparecem ideias equivocadas de culpabilização da família, em especial da mãe, pelo aparecimento ou aprofundamento do TEA nas crianças. A questão da comunicação não verbal não foi consenso; apesar de gerar dúvida se a criança com TEA comunica-se ou não através de gestos ou com a mímica facial, algumas professoras ressaltaram o prejuízo nesta área, além

da comunicação verbal. Trata-se de uma característica importante no autismo e seria interessante considerar a abordagem sobre o tema, incluindo aí a AC, nos programas de educação continuada e capacitações sobre o TEA que porventura vierem a acontecer nas escolas. Considerando que prejuízos na AC sejam um dos sinais mais precoces do TEA, esclarecimentos e debates sobre o assunto na pré-escola antecipariam ainda mais a detecção de sinais de comprometimento.

Outros pontos também merecem esclarecimentos e ampliação dos debates; é o caso da inteligência e da capacidade de aprendizagem. Embora haja compreensão sobre a existência de níveis de gravidade no TEA, a transposição deste entendimento para a prática ainda apresenta dificuldades. Assim, apareceram discursos desencontrados sobre a capacidade cognitiva das crianças com TEA, ora considerando-as sempre com inteligência muito acima da média, ora considerando-as sempre deficientes intelectuais, com possibilidades limitadas de aprendizagem. Sabemos, no entanto, que há amplo espectro de variação das potencialidades cognitivas no TEA, não sendo possível definir um padrão. Há necessidade de particularizar cada caso.

A incompreensão prática sobre a variabilidade fenotípica no TEA no âmbito cognitivo pode levar a estigmatizações e/ou ao desprestígio do potencial intelectual dos alunos afetados. Considerar que o TEA é necessariamente um distúrbio de aprendizagem pode condenar uma criança ao subinvestimento acadêmico. Portanto, é muito importante o esclarecimento do assunto com as equipes docentes, visando qualificar o processo de inclusão escolar. Também poderia ser evitado o afastamento da suspeita de TEA em crianças com bom desempenho escolar.

As abordagens sobre os comportamentos disruptivos também carecem de maior reflexão. A ideia exagerada de que as crianças são sempre agressivas, por vezes animalizadas, sem motivo aparente, associada à resistência em seguir ordens, são elementos geradores de temor e resistência no acolhimento ao aluno. Há pouco entendimento sobre as razões que levam a criança a ser agressiva, de modo geral, gerando a sensação de imprevisibilidade na relação interpessoal.

Certas observações sobre a agressividade e indisciplina das crianças com TEA tendem a associar estas manifestações a falhas de caráter ou falta de limites, julgamentos explicitadores de superficialidade na compreensão prática sobre as limitações de indivíduos com autismo. Tais concepções dificultam o acolhimento empático do aluno, seja no auxílio

---

ao diagnóstico precoce, seja no processo da inclusão escolar. Na mesma linha, notamos na fala de algumas participantes a dificuldade em compreender a dimensão afetiva das crianças com TEA, gerando dúvidas sobre a capacidade de gerar vínculos interpessoais.

A experiência foi o elemento mais impactante na construção das ideias sobre o TEA. Ela permitiu, por exemplo, a constatação das diferenças de manifestações entre alunos com TEA, contribuindo para o entendimento prático da variabilidade do espectro. Também trouxe maior profundidade na apreensão dos sinais do TEA, inclusive em nuances de características. As vivências impregnaram a percepção sobre o autismo, emoldurando o TEA com emoções positivas ou negativas.

Experiências nas quais houve evolução da criança com autismo em sala de aula, mesmo tendo sido apenas de ordem comportamental, foram consideradas satisfatórias e produtivas. Houve o fortalecimento dos vínculos afetivos e a sensação de dever cumprido, por parte da educadora. Tal êxito refletiu-se na maneira de entender o TEA; o vislumbre das potencialidades e o delineamento das dificuldades foram explanados de maneira mais realista.

Por outro lado, vivências traumáticas com o TEA no ambiente escolar proporcionaram uma visão mais sombria do transtorno, uma acentuação das dificuldades, prejudicando a compreensão equânime da sintomatologia autística. A condição imposta do “professor-terapeuta” pode ser considerada uma das causas destas experiências frustrantes com alunos com TEA; a criança não foi preparada adequadamente para frequentar a sala de aula, nas terapias comportamentais, e assim cabe ao professor a tarefa de realizar este preparo.

Mas o educador não teve formação para ensinar uma criança com autismo a sentar, comer, respeitar regras, socializar-se e comunicar-se. A criança, muitas vezes, não conseguiu acesso às terapias, indisponível, na maioria das vezes, pelo SUS. Assim, a aluno é “incluído” na sala de aula, gerando enorme desgaste para o professor. Além disso, a criança vive em situação de exclusão escolar e rejeição interpessoal; deseja-se, sobretudo, que o aluno não incomode. A aprendizagem torna-se secundária.

A falta de apoio em sala de aula, de orientação técnica e de contato com uma equipe terapêutica multidisciplinar foram temas trazidos amiúde, espontaneamente, pelas entrevistadas. Neste ponto, o TEA foi uma alavanca para a catarse emocional de várias

professoras, que desabafaram sobre os percalços da inclusão escolar e sobre o despreparo técnico pessoal para acolher adequadamente alunos com necessidades especiais.

Em relação à qualificação do olhar sobre o autismo, as professoras sugeriram a oferta de cursos e capacitações pela Secretaria Municipal da Educação, a troca de experiências e o contato mais próximo com uma equipe multidisciplinar na área da saúde para ampliar a identificação dos sinais precoces do TEA, assim como discutir as melhores formas de acolhimento, manejo e inclusão de alunos afetados em sala de aula.

Ao avaliarmos os mapas de rede construídos pelas participantes, observamos a existência de poucos vínculos com órgãos sociais e a predominância daqueles vínculos considerados fragilizados, inexistentes e distantes. As ligações mais fortalecidas e próximas, representando suporte confiável aos CMEIs no acolhimento e encaminhamento de casos suspeitos de TEA, foram atribuídos à direção e/ou coordenação do CMEI e às famílias, na maior parte dos casos.

Os profissionais vinculados ao “Programa Construindo a Cidadania”, a exemplo dos psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, foram representados na maioria dos mapas como pontos de apoio à escola na avaliação e acompanhamento de alunos com possíveis traços autísticos. No entanto, constatamos que os vínculos são enfraquecidos ou inexistentes, além de distantes em boa parte dos casos, em função da pouca frequência de idas dos profissionais aos CMEIs, falta de devolutiva das abordagens e resolutividade. A escassez de profissionais frente à grande demanda de atendimentos foi considerada um atenuante frente a estes problemas. A criação do “Programa Construindo a Cidadania” pela Secretaria da Educação, apesar de todas as falhas e necessidade de qualificação, pareceu-nos configurar-se um passo sólido no sentido da intersetorialidade, uma vez que os profissionais da equipe multidisciplinar vinculada ao “Programa” aparecem como arrimo dos CMEIs em quase todos os mapas.

Já os vínculos com as Unidades da Atenção Básica aparecem raramente, evidenciando um expressivo afastamento da instituição social considerada a principal porta de entrada de crianças na investigação do TEA. Quando aparecem, são vínculos fragilizados, rompidos e distantes. A Atenção Secundária e os CAPS i não foram referidos nos mapas. Considerando a RAPS de cuidado a indivíduos com TEA, preconizada pelo Ministério da Saúde, concluímos que há substancial discrepância entre os mapas de rede construídos pelas

professoras e a RAPS ideal, na qual as escolas teriam fluxo de comunicação com a Atenção Básica, Centros-Dia, CREAS e CAPS.

Em relação à investigação diagnóstica na RAPS, as instituições que idealmente deveriam acolher os casos suspeitos de TEA, encaminhados a partir das escolas, deveriam ser as Unidades da Atenção Básica. O CAPS i também deveria dar apoio às escolas, através de parcerias formais que propiciassem discussão de casos junto à educação. No entanto, de acordo com as entrevistadas, nada disso parece ocorrer, gerando desassistência e atrasos significativos no diagnóstico de crianças com traços autísticos. Questionamos, inclusive, se existe de fato uma RAPS voltada a indivíduos com TEA em Foz do Iguaçu. Uma suposta ausência da RAPS iria de encontro ao princípio da integralidade, um dos alicerces do SUS, pois não permitiria o acesso dos indivíduos aos diversos níveis de serviços necessários ao seu desenvolvimento e terapêutica, nem articularia o cuidado de modo multidimensional e intersetorial, como deveria ser.

Além disso, observando os mapas construídos pelas participantes e levando em consideração o impacto negativo do diagnóstico tardio do TEA, a falta de acesso das escolas ao sistema de saúde pode impedir que crianças com sinais suspeitos de TEA tenham a chance de serem tratadas em momento oportuno.

Com o aumento progressivo da prevalência, cada vez mais os profissionais receberão crianças com TEA em sala de aula. Às vezes com diagnóstico, muitas vezes sem. A sintomatologia autística emergirá no dia a dia, impelindo o professor a procurar auxílio para seu aluno, no sentido do diagnóstico e também da terapêutica. O professor igualmente irá buscar orientações e apoio técnico para adequar suas práticas pedagógicas e saber como lidar com a criança em sala. Em nossa opinião, toda esta dinâmica pode ser otimizada com algumas intervenções.

A partir dos resultados desta pesquisa, pudemos observar que o conhecimento atual das educadoras sobre o TEA contempla a tríade clássica de sinais autísticos. Então, crianças observadas em sala de aula com estes traços e encaminhadas com presteza ao serviço de saúde só teriam benefícios, porque mesmo que não fosse TEA, as dificuldades apontadas poderiam ser outros distúrbios passíveis de tratamento. O investimento na educação continuada de professores da Educação Infantil iluminaria melhor os pontos importantes para o diagnóstico precoce sobre os quais ainda pairam dúvidas e equívocos. A ênfase, por exemplo, na discussão sobre a comunicação não verbal, atenção compartilhada, variações

das apresentações do TEA, inteligência e capacidade de aprendizagem ampliariam muito a detecção de casos suspeitos de autismo em sala de aula.

Outro investimento importante seria na instituição ou qualificação da RAPS voltada ao indivíduo com TEA em Foz do Iguaçu. Em nossa opinião, tal iniciativa partiria através da concretização de alguns passos básicos:

- a) educação continuada sobre características do TEA e apresentação dos instrumentos de triagem na Atenção Básica, envolvendo médicos generalistas, pediatras e enfermeiros;
- b) fortalecimento do CAPS i, buscando a estabilidade dos atendimentos médicos, a ampliação da equipe multiprofissional e a capacitação dos profissionais para as terapias indicadas no TEA;
- c) fortalecimento do “Programa Construindo a Cidadania”, com ampliação da equipe multiprofissional e a quebra de barreiras na comunicação destes profissionais com a Atenção Básica, a Atenção Secundária e o CAPS i;
- d) horários protegidos para reuniões periódicas dos profissionais do CAPS i com as escolas, voltadas à discussão dos casos de alunos atendidos por ambas as instituições, ao apoio matricial e ao planejamento de estratégias inclusivas;
- e) otimização do contato do CAPS i com a Atenção Básica, em regime de apoio permanente, orientado dúvidas em relação ao diagnóstico e à terapêutica do TEA.

Outros níveis de atenção também necessitariam ser qualificados, objetivando a melhora dos fluxos e do acesso aos serviços. A fundação de novos órgãos, a exemplo dos centros-dia e centros de reabilitação, é igualmente importante para a constituição plena da RAPS, sempre tendo em vista a integralidade do cuidado. Mas entendemos que, na realidade atual de Foz do Iguaçu, os passos descritos anteriormente, com possibilidade de efetivação a curto e médio prazo, já impulsionariam a agilidade do diagnóstico, o acesso à terapêutica e tornariam os professores parceiros efetivos nas ações de acolhimento e continuidade do cuidado voltado às crianças com TEA. A sensibilização dos gestores e dos profissionais será o grande desafio à frente.

---

**REFERÊNCIAS<sup>1</sup>**

ADAM. Direção: Max Mayer. Produção: Miranda de Pencier. Estados Unidos da América: Olympus Pictures, 2009. 1 bobina cinematográfica (99 min.), son., color., 35 mm.

AKSHOOMOFF, N.; CORSELLO, C.; SCHMIDT, H. The role of the Autism Diagnostic Observation Schedule in the assessment of autism spectrum disorders in school and Community settings. **Calif School Psychol.**, v. 11, p. 7-19, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5a ed., Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

ARTIGAS-PALLARÈS, J.; PAULA, I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, v. 32, n. 115, p. 567-587, 2012.

ASSUMPCÃO JR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Autismo infantil:** novas tendências e perspectivas. São Paulo: Atheneu, 2009. 289 p.

\_\_\_\_\_. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.** 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 1029 p.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2.

BACKES, B. et al. Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. **J Bras Psiquiatr.**, v. 63, n. 2, p. 154-164, 2014.

BACKES, B.; ZANON, R. B.; BOSA, C. A. A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 268-273, 2013.

BAGAROLLO, M. F.; RIBEIRO, V. V.; PANHOCA, I. O brincar de uma criança autista sob a ótica da perspectiva histórico-cultural. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 19, n. 1, p. 107-120, jan./mar. 2013.

BALBUENA, F. Etiología del autismo: el continuo idiopático-sindrómico como tentativa explicativa. **Rev Chil Neuro-Psiquiat**, v. 53, n. 4, p. 269-276, 2015.

BARBOSA, P. M. A. **O programa de saúde mental de Foz do Iguaçu:** uma análise sobre o trabalho dos profissionais terceirizados no sistema público de saúde. 2011. 18 p. Monografia – Universidade Federal do Paraná, Foz do Iguaçu, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

---

<sup>1</sup>De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BARON-COHEN, S. **Autismo y síndrome de Asperger**. Madrid, Espanha: Alianza Editorial, 2010. 204 p.

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A. M; FRITH, U. Does the autistic child have a “theory of mind”?. **Cognition**, v. 21, p. 37-46, 1985.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 7a ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 516 p.

BECKER, M. M. et al. Translation and validation of Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) for autism diagnosis in Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 70, n. 3, p. 185-190, 2012.

BEDIA, R. C. et al. La detección precoz del autismo. **Intervención Psicosocial**, v. 15, n. 1, p. 29-47, 2006.

BELCHER, C.; MAICH, K. Autism spectrum disorder in popular media: storied reflections of societal views. **Brock Education**, v. 23, n. 2, p. 97-115, 2014.

BENITEZ, P.; DOMENICONI, C. Capacitação de agentes educacionais: proposta de desenvolvimento de estratégias inclusivas. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 20, n. 3, p. 371-386, jul./set. 2014.

BIALER, M. A inclusão escolar nas autobiografias de autistas. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 485-492, 2015.

BOSA, C. Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 77-88, 2002.

BOSA, C.; HÖHER, S. P. Autismo e inclusão: possibilidades e limites. In: GOMES, Márcio (Org.). **Construindo as trilhas para a inclusão**. 2a ed., Petrópolis: Vozes, 2012. p. 190-205.

BRASIL. Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13438.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13438.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução Nº 4**, de 2 de outubro de 2009. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES Nº 3**, de 20 de junho de 2014. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=20138&Itemid=866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=20138&Itemid=866)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES Nº 5**, de 15 de março de 2011. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Psicologia. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&id=16247&Itemid=866](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16247&Itemid=866)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP Nº 1**, de 15 de maio de 2006. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01\\_06.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CP Nº 5**, de 13 de dezembro de 2005. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia. Reexaminado pelo Parecer CNE/CP nº 3/2006. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pcp05\\_05.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pcp05_05.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, jan. 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 156 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf)>. Acesso em: 31 jan. 2016.

BRENTANI, H. et al. Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, p. S62-S72, 2013. Supplement 1.

- BUESCHER, A. V. et al. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. **JAMA Pediatr.**, v. 168, n. 8, p. 721-728, Aug. 2014.
- CALDERÓN, L. et al. Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. **Revista CES Psicología**, v. 5, n. 1, p. 77-90, enero/jun. 2012.
- CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 315-324, jul./set. 2012.
- CAMINHA, R. C.; LAMPREIA, C. Findings on sensory deficits in autismo: implications for understanding the disorder. **Psychology & Neuroscience**, v. 5, n. 2, p. 231-237, 2012.
- CARVALHO, F. A. et al. Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 144-154, maio/ago. 2013.
- CORREA, D. L. L.; RODRÍGUEZ, O. U.; ÁVILA-TOSCANO, J. H. Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al género en niños y niñas com autismo. **IJPR**, v. 5, n. 2, p. 77-90, 2012.
- CRUZ, L. P.; CAMARGOS JR, W.; ROCHA, F. L. The broad autismo phenotype in parentes of individuals with autismo: a systematic review of the literature. **Trends Psychiatry Psychother.**, v. 35, n. 4, p. 252-263, 2013.
- CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. 2a ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 961 p.
- CZERMAINSKI, F. R. et al. Executive functions in children and adolescents with autism spectrum disorder. **Paidéia**, v. 24, n. 57, p. 85-94, jan./apr. 2014.
- DEIMLING, N. N. M.; CAIADO, K. R. M. Formação de professores para a educação inclusiva nos cursos de Pedagogia das universidades públicas paulistas. **Rev. Teoria e Prática da Educação**, v.15, n. 3, p. 51-64, set./dez. 2012.
- DELL'OSSO L. et al. From Asperger's *Autistischen Psychopathen* to DSM-5 autism spectrum disorder and beyond: a Subthreshold autism spectrum model. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 12, p. 120-131, 2016.
- DESLANDES, S.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.108 p.
- DEZOTI, A. P. et al. Rede Social de apoio ao desenvolvimento infantil segundo a equipe de saúde da família. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v. 17, n. 4, p. 721-729, 2013.
- DIAMOND, A. Executive Functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 135-168, 2013.

DOMINGUES, S. et al. Marcha em pontas idiopática em idade pediátrica. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2016.

ENDRES, R. G. et al. O fenótipo ampliado do autismo em genitores de crianças com transtorno do espectro autista – TEA. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 285-292, jul./set. 2015.

FAVORETTO, N. C.; LAMÔNICA, D. A. C. Conhecimentos e necessidades dos professores em relação aos transtornos do espectro autístico. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 20, n. 1, p. 103-116, jan./mar. 2014.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Análise do comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo: revisão de literatura. **CoDAS**, v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013.

FERREIRA, E. V. C. **Prevalência de autismo em Santa Catarina**: uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

FILIPEK, P. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. **Neurology**, v. 55, p. 468-479, 2000.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3a ed., Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FLÓREZ, R. A. N. Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. **NOVA Publicación Científica en Ciencias Biomédicas**, v. 12, n. 21, p.81-101, enero/jun. 2014.

G1 PR. **Centros de educação infantil de Foz recebem matrículas de novos alunos**. 29 nov. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/11/centros-de-educacao-infantil-de-foz-recebem-matriculas-de-novos-alunos.html>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

GALLO-ALBORES, L. et al. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. **Salud Mental**, v. 31, n.1, p. 37-44, 2008.

GARCIA, M. L.; LAMPREIA, C. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n.2, p. 300-308, 2011.

GIACONI, C.; RODRIGUES, M. B. Organização do espaço e do tempo na inclusão de sujeitos com autismo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 687-705, jul./set. 2014.

GLAT, R.; PLETSCHE, M. D. **Inclusão escolar de alunos com necessidades especiais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.

GLIGA, T. et al. From early markers to neuro-developmental mechanisms of autism. **Developmental Review**, v. 34, p. 189-207, 2014.

GOMES, P. T. M. et al. Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. **Jornal de Pediatria (Rio J)**, v. 91, n. 2, p. 111-121, 2015.

GOVERNO DO ESTADO [DO] PARANÁ. Foz do Iguaçu é a 18.<sup>a</sup> cidade a receber Centro da Juventude. **Agência de Notícias do Paraná**, 20 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=73111&tit=Foz-do-Iguacu-e-a-18.a-cidadea-receber-Centro-da-Juventude>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

GRACIOLI, S. M. A.; LINHARES, M. B. M. Temperamento e sua relação com problemas emocionais e de comportamento em pré-escolares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 71-80, jan./mar. 2014.

GRINKER, R. R. et al. “Communities” in community engagement: lessons learned from autism research in South Africa and South Korea. **Autism Res.**, v. 5, n. 3, p. 201-210, jun. 2012.

GUEDES, N. P. S.; TADA, I. N. C. A produção científica brasileira sobre autismo na Psicologia e na Educação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 303-309, jul./set. 2015.

HAHN, C. T. **Produção e consumo do espaço urbano de Foz do Iguaçu-PR**. 2006. 215 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Geografia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, 2006.

HALPERN, R. A responsabilidade do pediatra: diagnóstico precoce de autismo. **Portal da Sociedade Brasileira de Pediatria**, 02 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/arquivo/a-responsabilidade-do-pediatra-diagnostico-precoce-de-autismo/>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

HAZLETT, H. C et al. Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. **Nature**, v. 542, n. 7641, p. 348–351, 16 Feb. 2017. Disponível em: <<http://www.nature.com/nature/journal/v542/n7641/full/nature21369.html>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

HEPBURN, S. et al. Use of a teacher nomination strategy to screen for autism spectrum disorders in general education classrooms: a pilot study. **J Autism Dev Disord.**, v. 38, n.2, p. 373-382, fev. 2008.

HERNÁNDEZ, O. C.; OTERO, D. L.; RODRÍGUEZ, N. C. Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. **Revista de Ciencias Médicas**, v. 19, n. 1, p. 157-178, enero/feb. 2015.

HOUGHTON, K. et al. Promoting child-initiated social-communication in children with autismo: Son-Rise Program intervention effects. **Journal of Communication Disorders**, v. 46, p. 495-506, 2013.

IBGE. **Cidades**: Foz do Iguaçu. 2015. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/A98>>. Acesso em: 01 ago. 2016.

- JENDREIECK, C. O. Dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde ao realizar diagnóstico precoce de autismo. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 32, n. 77, p. 153-158, abr./jun. 2014.
- JUILLERAT, K. L. et al. Procesamiento semántico de palabras epistémicas y metafísicas en niños y adolescentes com trastorno de espectro autista y com desarrollo típico (DT). **Terapia Psicológica**, v. 33, n. 3, p. 221-238, 2015.
- KASARI, C.; CHANG, Y.; PATTERSON, S. Pretending to play or playing to pretend: the case of autism. **American Journal of Play**, v. 6, n. 1, p. 124-135, 2013.
- KELLER, H. **Minha vida de mulher**. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1953. p. 263-264.
- LAI, M. et al. Sex/gender differences and autism: setting the scene for future research. **J Am Child Adolesc Psychiatry**, v. 54, n. 1, p. 11-24, jan. 2015.
- LAMPREIA, C.; LIMA, M. M. R. **Instrumento de vigilância precoce do autismo: manual e vídeo**. 2a ed. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2011. 36 p.
- LARA, J. G. El autismo. Historia y clasificaciones. **Salud Mental**, v. 35, n. 3, p. 257-261, mayo/jun. 2012.
- LEMO, E. L. M. D; SALOMÃO, N. M. R; AGRIPINO-RAMOS, C. S. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 20, n. 1, p. 117-130, jan./mar. 2014.
- LIMA, R. C. Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 715-739, 2014.
- MAIA, F. A. et al. Importância do acolhimento de pais que tiveram diagnóstico do transtorno do espectro do autismo de um filho. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 228-234, 2016.
- MANDY, W. et al. Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and adolescents. **J Autism Dev Disord**, v. 42, p. 1304-1313, 2012.
- MARQUES, D. F.; BOSA, C. A. Protocolo de avaliação de crianças com autismo: evidências de validade de critério. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 1, p.43-51, jan./mar. 2015.
- MARTINEZ, R. A. Desarrollo de la cognición social en personas com trastorno de espectro autista. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 13, n. 2, p. 11-19, dic. 2013.
- MATOS, M. B et al. Epilepsy and EEG abnormalities in children with autism spectrum disorder. **JECN**, v. 21, n. 3, p. 103-106, 2015.

- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. **Portal da Saúde**, 7 maio 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-ental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 06 jun. 2017.
- MISQUIATTI, A. R. N. et al. Communication and autism spectrum disorders: review of knowledge of teachers in pre and post-intervention phases. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 479-486, mar./abr. 2014.
- MONTALVA, N.; QUINTANILLA, V.; SOLAR, P. Modelos de intervención terapêutica educativa en autismo: ABA y TEACCH. **Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.**, v. 23, n. 1, p. 50-57, marzo 2012.
- NEVES, A. J. et al. Escolarização formal e dimensões curriculares para alunos com autismo: o estado da arte da produção acadêmica brasileira. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 30, n. 02, p. 43-70, abr./jun. 2014.
- OBERMAN, L. M.; PINEDA, J. A.; RAMACHANDRAN, V. S. The human mirror neuron system: a link between action observation and social skills. **SCAN**, v. 2, p. 62–66, 2007.
- OBERMAN, L. M.; RAMACHANDRAN, V. S. The simulating social mind: the role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders. **Psychological Bulletin**, v. 133, n. 2, p. 310-327, 2007.
- OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.
- OVIEDO, N. et al. Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el transtorno del espectro autista. **Bol Med Hosp Infant Mex**, v. 72, n. 1, p. 5-14, 2015.
- PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-am em Enfermagem**, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 06 jan. 2016.
- PEREIRA, A.; PEGORARO, L. F. L.; CENDES, F. Autismo e epilepsia: modelos e mecanismos. **J Epilepsy Clin Neurophysiol**, v. 18, n. 3, p. 92-96, 2012.
- PIMENTEL, A. G. L., FERNANDES, F. D. M. A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. **Audiol Commun Res.**, v. 19, n. 2, p. 171-178, 2014.
- PINHO, L. B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 835-846, 2007.

- PNUD. **Ranking IDHM municípios 2010.** Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/ranking-idhm-municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 21 abr. 2016.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **A Cidade.** 2016. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>>. Acesso em: 21 abr. 2016.
- \_\_\_\_\_. Divisão de Saúde Mental continua avançando para melhoria nos atendimentos. **Agência de Notícias**, 06 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=36515>>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Perfil da população de Foz do Iguaçu (2003), em função das regiões e quantitativo populacional.** 2004. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/Portal/VisualizaObj.aspx?IDObj=113>>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Programa Construindo a Cidadania.** Foz do Iguaçu: Secretaria Municipal da Educação, ago. 2013.
- RAIN Man. Direção: Barry Levinson. Produção: Mark Johnson. Estados Unidos da América: United Artists, 1988. 1 bobina cinematográfica (128 min.), son., color., 35 mm.
- RAMIREZ, G. R. Trastorno del espectro del autismo. **Diagnostico**, v. 53, n. 3, p. 142-148, jul./set. 2014.
- RIOS, C. et al. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 325-335, 2015.
- RIVERO, P. F. P.; GARRIDO, L. M. M. Perfiles cognitivos en el transtorno autista de alto funcionamiento y el Síndrome de Asperger. **Revista CES Psicología**, v. 7, n. 1, p. 141-155, enero/jun. 2014.
- RIZZOLATTI, G. et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions. **Cognitive Brain Research**, v. 3, p. 131-141, 1996.
- RODRIGUES, I. B.; MOREIRA, L. E. V. M.; LERNER, R. Análise institucional do discurso de professores de alunos diagnosticados como autistas em inclusão escolar. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 70-83, 2012.
- SABOIA, C. O brincar precoce do bebê como indicador de riscos de sofrimento psíquico. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 181-193, mai./ago. 2015.
- SANINI, C.; BOSA, C. A; Autismo e inclusão na educação infantil: crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 3, p. 173-183, jul./set. 2015.
- SANTOS, M. A.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.3, p. 364-372, 2012.

- SCHWARTZMAN, J. S. et al. The eye-tracking of social stimuli in patients with Rett Syndrome and autism spectrum disorders: a pilot study. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 73, n. 5, p. 402-407, 2015.
- SEABRA, A. G. et al. Modelos de funções executivas. In: SEABRA, A. G. et al. (Orgs.). **Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica**. São Paulo: Memnon, 2014, p. 39-50.
- SEVILLA, M. S. F.; BERMÚDEZ, M. O. E.; SÁNCHEZ, J. J. C. Detección temprana del autismo: profesionales implicados. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 87, p. 191-199, 2013.
- SHATTUCK, P. T. et al. Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. **Pediatrics**, v. 129, n. 6, p. 1042-1049, 2012.
- SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.
- SIKLOS, S.; KERNS, K. Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parentes of children with autism spectrum disorders. **Research in Development Disabilities**, v. 28, p. 9-22, 2007.
- SILVA, M; MULICK, J. A. Diagnosticando o Transtorno Autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009.
- SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.
- \_\_\_\_\_. Personal social networks and health: conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. **Families, System & Health**, v. 28, n.1, p.1-18, 2010.
- SOUZA, A. C. R. F. et al. Estudo comparativo da habilidade de imitação no transtorno específico de linguagem e no transtorno do espectro do autismo. **CoDAS**, v. 27, n. 2, p.142-147, 2015.
- TALERO-GUTIÉRREZ, C. et al. Trastorno del espectro autista y función ejecutiva. **Acta Neurol Colomb.**, v. 31, n, 3, p. 246-252, 2015.
- TAMANAHÁ, A. C. et al. Trajetória de aquisição e desenvolvimento de fala de crianças autistas com e sem história de regressão autística. **CoDAS**, v. 26, n. 4, p. 265-269, 2014.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.
- TOBÓN, M. E. S. Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria?. **Revista CES Psicología**, v. 5, n. 1, p. 112-117, enero/jun. 2012.

TOBÓN, M. E. S et al. Detección temprana em trastornos del espectro autista: uma decisión responsable para um mejor pronóstico. **Bol Med Hosp Infant Mex**, v. 70, n. 6, p. 456-466, 2013.

UDE, W. Enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: CUNHA, E. P.; SILVA, E. M.; GIOVANETTI, M. A. C. (Orgs.). **Enfrentamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2008. p. 30-58.

ZALAUQUETT, D. et al. Fundamentos de la intervención temprana em niños com trastornos del espectro autista. **Rev Chil Pediatr.**, v. 86, n. 2, p. 126-131, 2015.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 78-90, maio/ago. 2015.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n.1, p. 25-33, jan./mar. 2014.

ZAQUEU, L. C. C. et al. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 293-302, jul./set. 2015.

---

**APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada****Participante #** \_\_\_\_\_Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Tempo de experiência docente: \_\_\_\_\_

Escolaridade:  Ensino Médio  Ensino Superior

Curso de graduação concluído: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Curso de Especialização:  Sim  Não.

Qual? \_\_\_\_\_

Mestrado:  Sim  Não. Tema de pesquisa: \_\_\_\_\_Doutorado:  Sim  Não. Tema de pesquisa: \_\_\_\_\_Pós-doutorado:  Sim  Não. Tema de pesquisa: \_\_\_\_\_Possui alguma formação em Educação Especial?  Sim  Não

Nível da formação: \_\_\_\_\_

**Roteiro de entrevista semiestruturada para professores dos CMEIs**

1. O que significa autismo para você?
2. Conte-me sobre sua experiência, seja na sua formação ou na prática profissional, com o autismo.
3. Quando alguém lhe diz que uma criança tem autismo, como imagina que ela seja ou se comporte?
4. Quais comportamentos de um aluno seu do CMEI fariam você suspeitar que ela ou ela pudesse ter autismo?
5. Na sua opinião, uma criança com autismo é capaz de realizar o quê? Poderia explicar?
6. O que você considera que sejam as maiores facilidades e dificuldades de uma criança com autismo?
7. O que você acha que poderia ajudar os professores a melhorar a atenção sobre os sinais suspeitos de autismo?

**APÊNDICE B – Matriz do mapa de redes****PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_  
MAPA MÍNIMO DAS REDES SOCIAIS INSTITUCIONAIS****Mapa mínimo das redes sociais institucionais**

Elaborado por Walter Ude e desenhado por Gustavo Souza Marques

**APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(frente e verso)**

**Título da Pesquisa:** Percepções dos professores da Educação Infantil sobre o transtorno do espectro do autismo em alunos de Centros Municipais de Educação Infantil de Foz do Iguaçu, Paraná

**Pesquisadora Responsável:** Cirleine Costa Couto  
Professora Doutora Orientadora: Marta Angélica Iossi Silva

**Prezado(a) Senhor(a)**

Meu nome é Cirleine Costa Couto, sou aluna do Programa de Pós-graduação Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) – Foz do Iguaçu/PR e responsável por esta pesquisa, sob a orientação da Prof<sup>ra</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Angélica Iossi Silva.

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa, cujo objetivo é conhecer a percepção de professores da Educação Infantil sobre o transtorno do espectro do autismo e identificar se existe uma rede social institucional vinculada ao encaminhamento dos casos suspeitos dentre os alunos dos CMEIs.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas será sua e a outra é da pesquisadora responsável. A pesquisa consiste em responder a uma entrevista individual, com questões abertas, guiada por um pequeno roteiro e construir um desenho gráfico, no qual poderá demonstrar quais são as pessoas e instituições que o(a) ajudam quando você suspeita que algum aluno possua autismo. O tempo necessário para entrevista, que será gravada em um equipamento digital, e a elaboração do desenho gráfico será de aproximadamente 1 hora.

O local de realização desta entrevista poderá ser no seu local de trabalho, em horário de sua preferência e que não interfira no seu trabalho, na assiduidade e participação em sala de aula, ou em outro local escolhido por você. As gravações serão repassadas para CDs e serão guardadas com a máxima segurança, conservadas para qualquer averiguação no tempo de cinco anos. Após esse tempo, os CDs e o material transcrito serão destruídos de modo seguro.

Salientamos que sua identidade e da escola onde trabalha não serão em nenhum momento identificadas, assegurando-lhe o direito de pleitear indenização em casos de danos decorrentes da participação na pesquisa. Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para quaisquer esclarecimentos e poderá ser indenizado e/ou ressarcido caso lhe sobrevenha algum dano decorrente da participação na pesquisa conforme as leis vigentes no país.

Como a pesquisa conta com a participação voluntária, você não arcará com nenhum gasto decorrente de sua participação na realização da entrevista e não receberá qualquer valor em dinheiro. Tem a garantia de que não haverá nenhum custo para você ou para a escola.

Caso não permita a gravação da entrevista, solicitarei permissão para anotar sobre a nossa conversa. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou parte dela, interromper a entrevista, a qualquer momento, sem o risco de qualquer prejuízo ou consequência. Da mesma forma, participando do estudo, caso haja um desconforto, como por exemplo, ao falar de situações de trabalho ou emoções, será acolhido pelo pesquisador e poderá interromper a participação imediatamente, continuando ou não mais tarde. Nestes casos, se necessário, poderá ser encaminhado para orientações e atendimentos específicos.

Esclarecemos que, embora o presente estudo explore questões relacionadas ao contexto escolar, como também casos que envolvam TEA relacionados aos alunos, o olhar e a prática dos professores que vivenciam tais situações, destacamos que os resultados não serão utilizados para responsabilizar ou culpabilizar os professores, os alunos, os profissionais da escola ou as famílias

dos alunos. Sua participação será importante e contribuirá para a elucidação e, conseqüentemente, para o enfrentamento deste fenômeno no contexto escolar.

Os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos, o que implica a sua divulgação em revistas especializadas ou eventos científicos, além da dissertação de mestrado que será produzida.

O projeto da pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – Campus Cascavel, que tem a finalidade de proteger os participantes de pesquisas, na medida em que respeita as questões éticas necessárias para a sua realização.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Cirleine Costa Couto, através do número (45) 9829-0007, com a Professora Orientadora Marta Angélica Iossi Silva, cujo telefone é (16) 99163-0170, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do número (45) 3220-3272.

Atenciosamente,

---

Cirleine Costa Couto  
RG: 13222777-8 IFP/RJ  
Registro Acadêmico UNIOESTE: 22389

#### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa.**

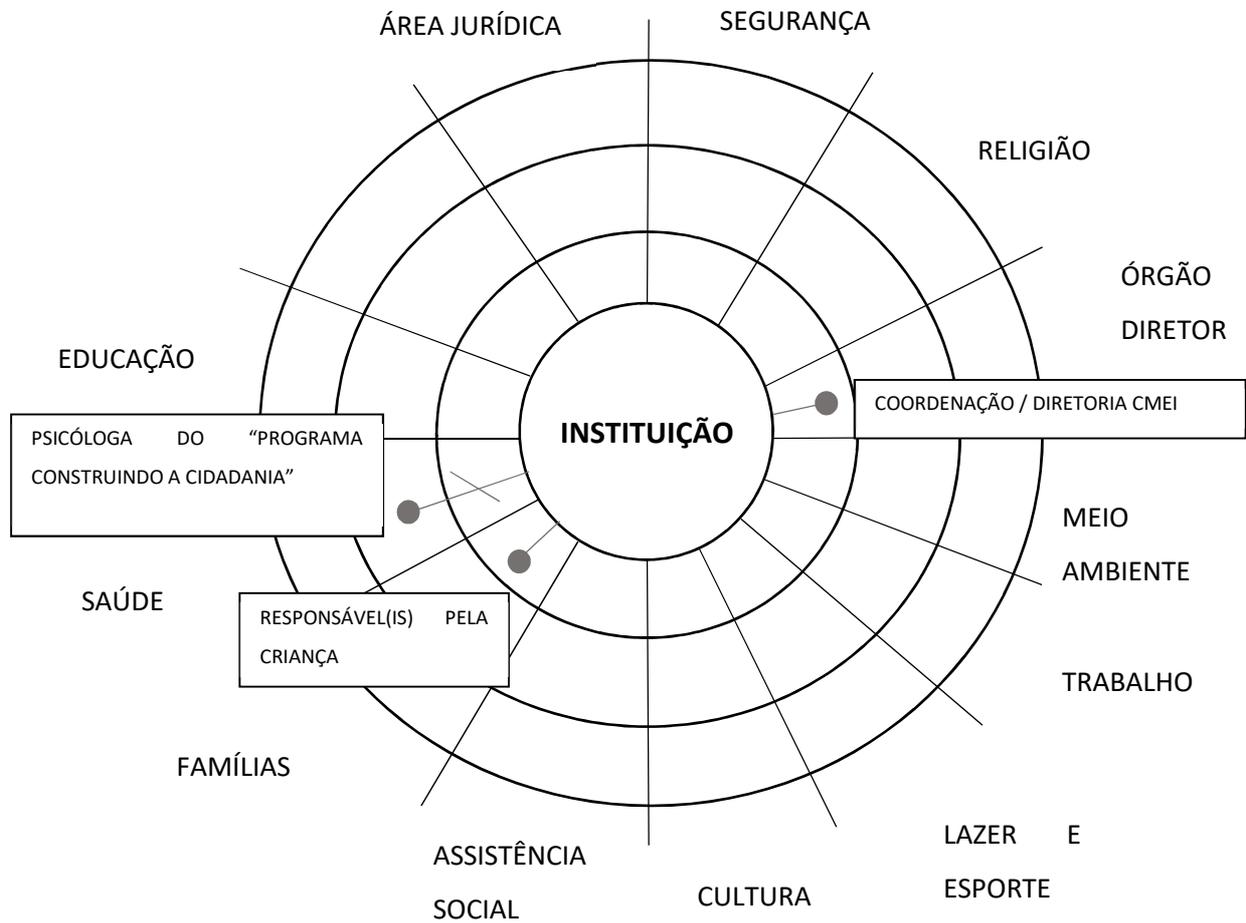
Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, CPF n°: \_\_\_\_\_, ciente das informações constantes no verso sobre o estudo e os meus direitos, assumo a participação no estudo acima especificado. Foi-me garantido que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer penalidades ou prejuízos. Também me foi afirmado que não terei nenhum risco físico ou gasto financeiro, sendo que será mantida em segredo minha identificação. A minha assinatura representa o meu consentimento em participar do estudo. Esse termo é assinado em duas vias sendo que uma delas ficará comigo e a outra com a responsável pela pesquisa, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

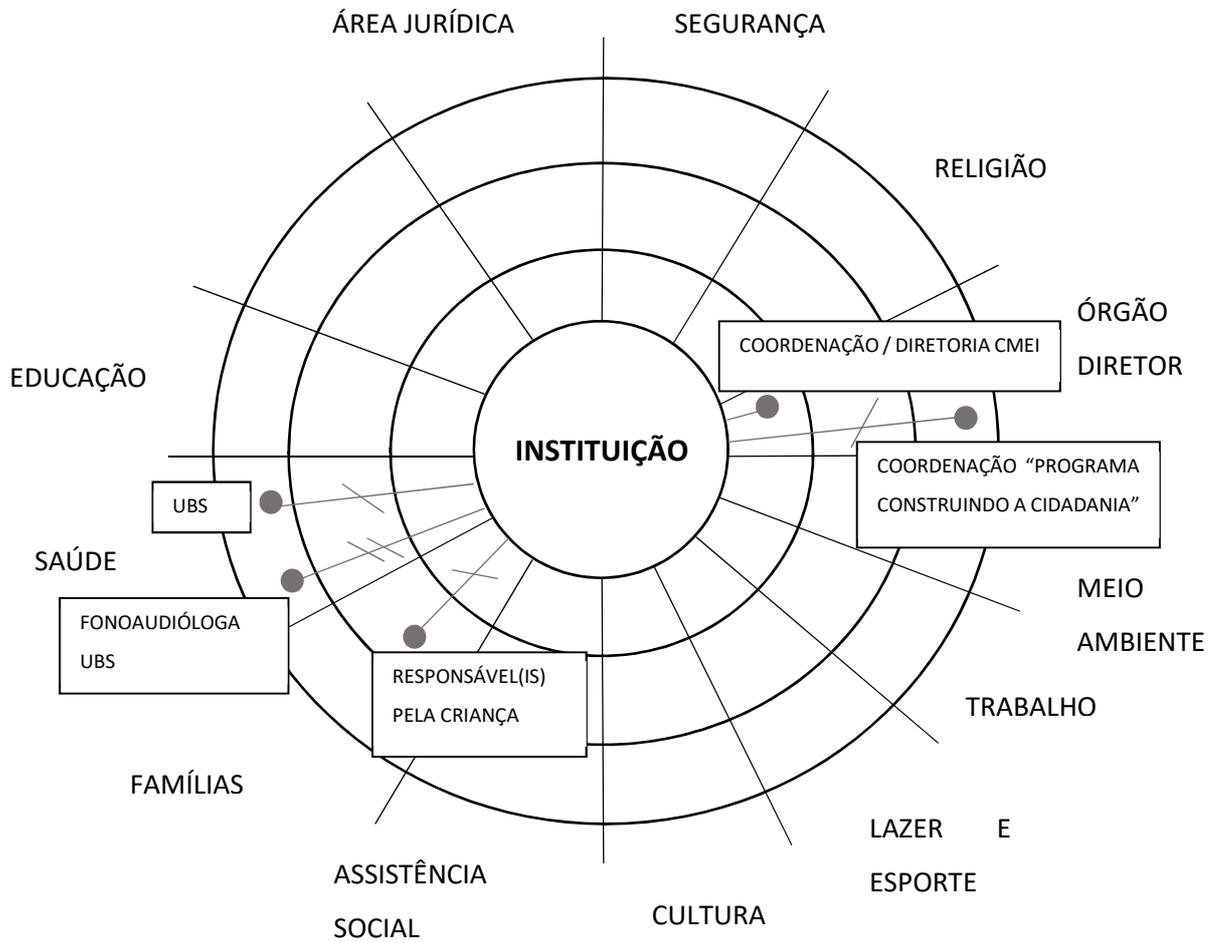
**APÊNDICE D – Mapa de redes construído pela P.1**



**Legenda:**

- VÍNCULO FORTE
- /● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- //● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

**APÊNDICE E – Mapa de Redes construído pela P.2**



**Legenda:**

- Vínculo forte
- /● Vínculo enfraquecido
- //● Vínculo rompido ou inexistente

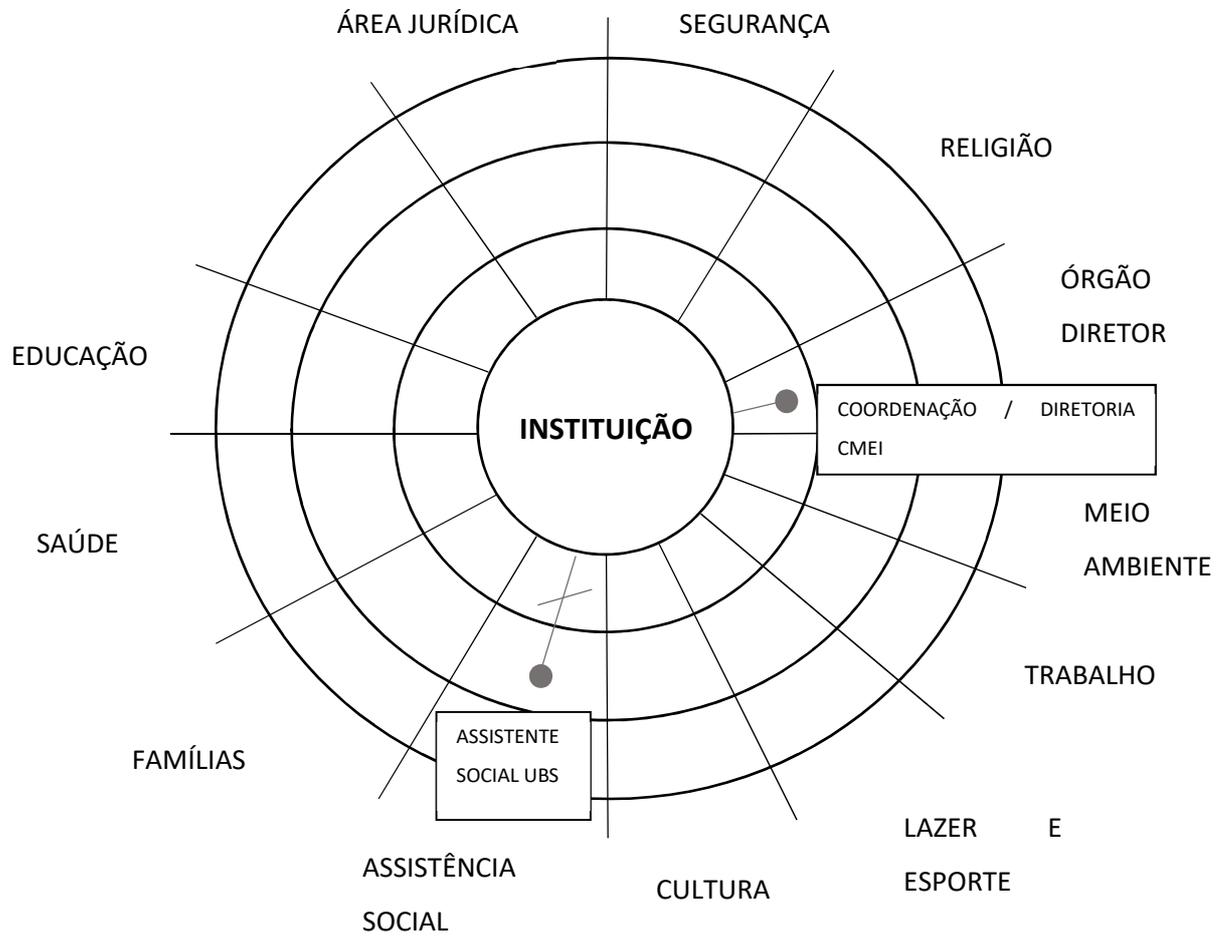
**APÊNDICE F – Mapa de Redes construído pela P.5**



**Legenda:**

- VÍNCULO FORTE
- /● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- //● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

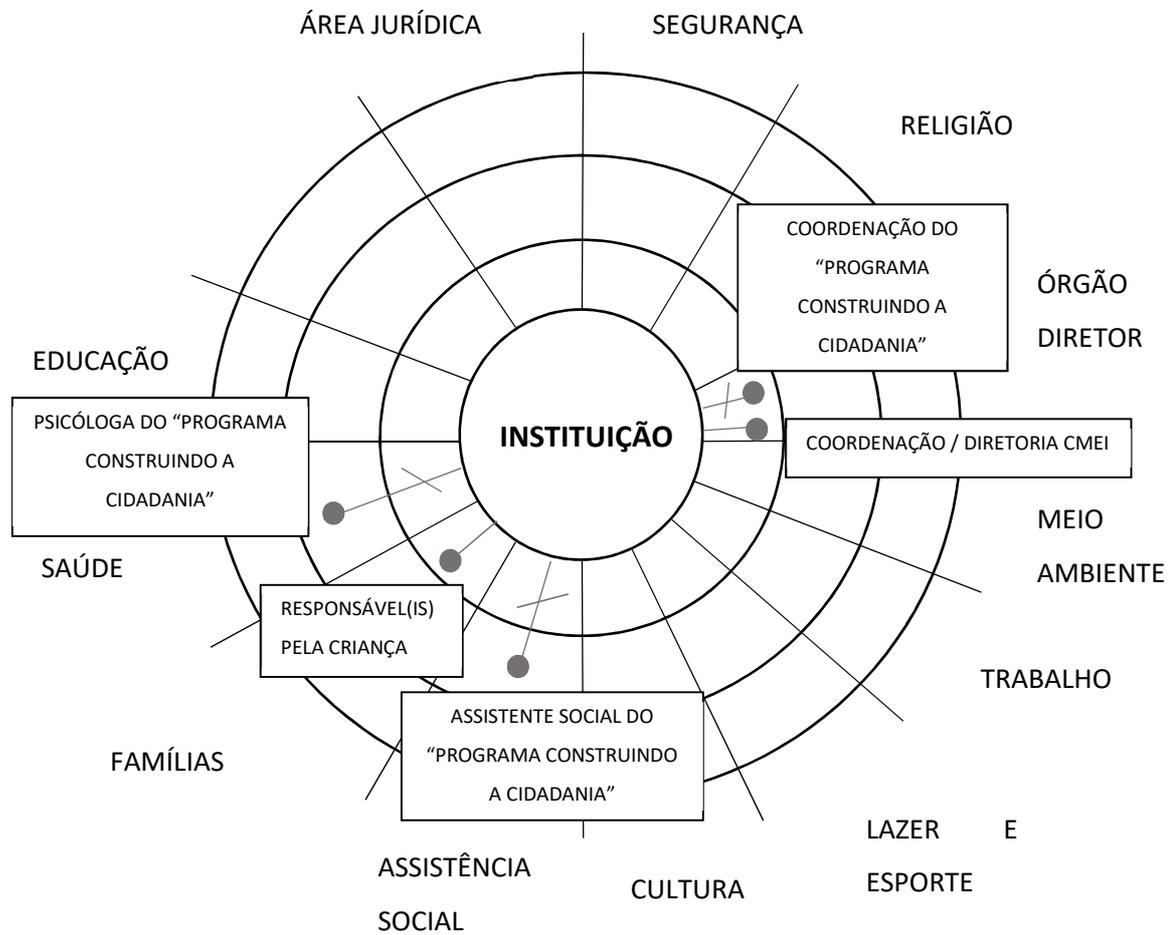
**APÊNDICE G – Mapa de Redes construído pela P.6**



Legenda:

- VÍNCULO FORTE
- /●— VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- //●— VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

**APÊNDICE H – Mapa de Redes construído pela P.8**



**Legenda:**

- VÍNCULO FORTE
- /● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- //● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

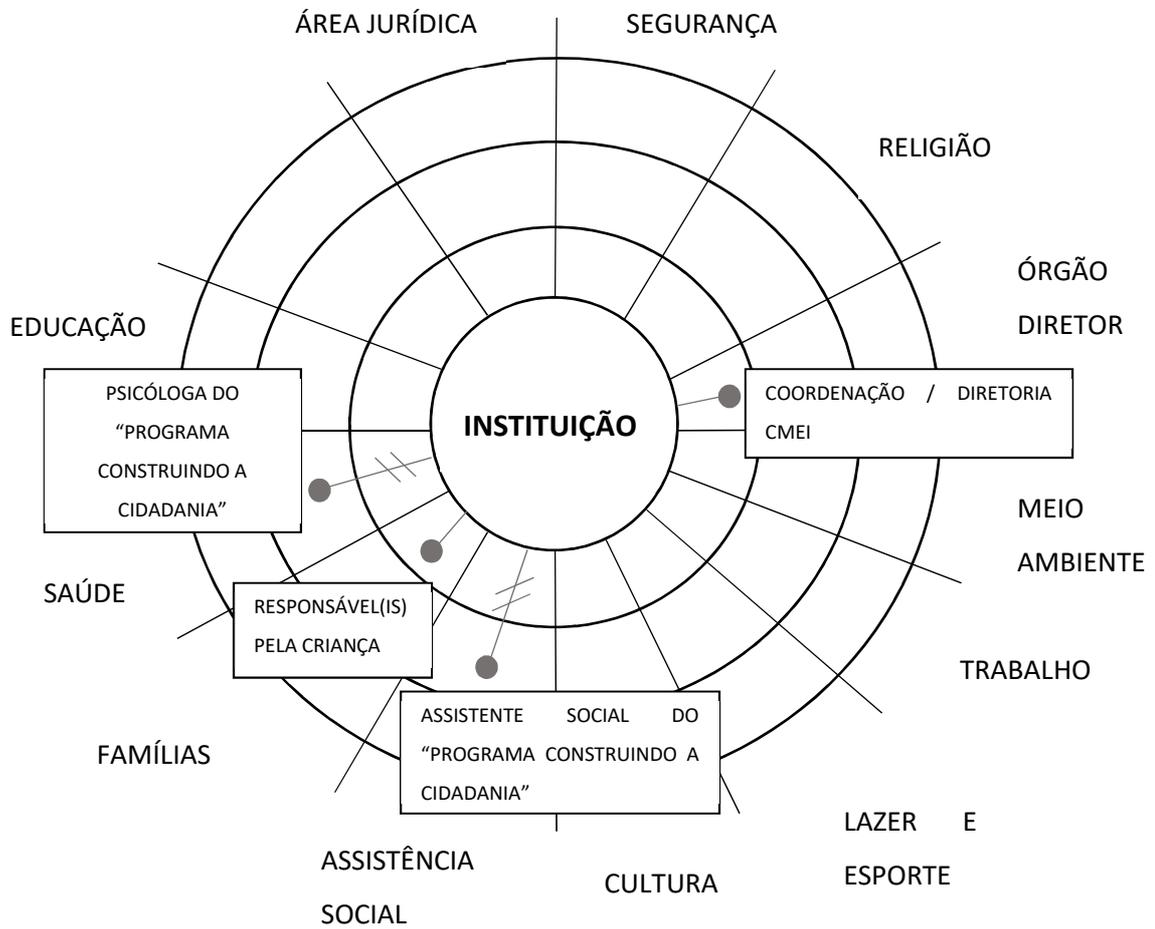
APÊNDICE I – Mapa de Redes construído pela P.9



Legenda:

- VÍNCULO FORTE
- - ● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- - - ● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

**APÊNDICE J – Mapa de Redes construído pela P.10**



**Legenda:**

- VÍNCULO FORTE
- /● VÍNCULO ENFRAQUECIDO
- //● VÍNCULO ROMPIDO OU INEXISTENTE

**ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS: LEVANTAMENTO DAS AÇÕES E INTERVENÇÕES REALIZADAS NAS SALAS DE RECURSOS MULTIFUNCIONAIS E NOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE FOZ DO IGUAÇU/PR.

**Pesquisador:** Adriana Zilly

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 55136716.3.0000.0107

**Instituição Proponente:** CCB Colegiado de Ciências Biológicas

**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.665.147

**Apresentação do Projeto:**

Vivemos o desafio da inclusão de alunos com necessidades especiais em nossas escolas. O diagnóstico precoce e atendimento escolar especializado são elementos fundamentais nesse processo. Nesse contexto, tanto os Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) quanto as Salas de Recursos Multifuncionais (SRMs) são locais estratégicos para a atuação de profissionais capacitados. Como a implantação da política de inclusão escolar está completando 11 anos, é um bom momento para analisar como o trabalho está sendo desenvolvido com alunos diagnosticados com Dislexia, Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e Transtornos do Especto Autista (TEA), bem como os pontos que ainda são empecilhos para o diagnóstico e inclusão abrangente de crianças com transtornos de aprendizagem na classe normal. Este projeto será desenvolvido nas SRMs e nos CMEIs da cidade de Foz, no ano letivo de 2016, com todos os professores que aceitarem participar desta pesquisa. O estudo terá uma abordagem qualitativa e utilizará o Método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Telefone:** (45)3220-3272

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.665.147

Lefreve, Lefreve (2000). Com isso pretende-se ampliar o debate em relação à formação do professor especialista, investigar como está sendo feito o diagnóstico e sugerir meios para evitar o diagnóstico tardio, apresentar estratégias de ensino e práticas pedagógicas para alunos diagnosticados com dislexia, TDAH e TEA e caracterizar o perfil comunicativo de alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na interação com seus professores em sala de aula.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o trabalho que está sendo desenvolvido nas SRMs da cidade de Foz do Iguaçu para alunos diagnosticados com Dislexia, TDAH e TEA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta as informações necessárias.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_566969.pdf	07/07/2016 14:06:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Professores.docx	07/07/2016 14:06:14	Paulo César Morales Mayer	Aceito

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/  
UNIOESTE - CENTRO DE



Continuação do Parecer: 1.665.147

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pais_dos_alunos.docx	07/07/2016 14:05:54	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Outros	Termo_compromisso_dados_arquivo.pdf	18/05/2016 00:44:59	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Outros	Termo_compromisso_nao_inicio.pdf	18/05/2016 00:44:32	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Outros	Declaracao_de_Financiamento.pdf	18/05/2016 00:43:59	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dislexia_TDAH_TEA_v2.docx	18/05/2016 00:30:20	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Outros	Lattes_Cynthia_2016.docx	10/03/2016 18:28:01	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Outros	adriana_lattes.pdf	10/03/2016 18:26:57	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Outros	Autorizacao_Pesquisa.pdf	10/03/2016 14:47:02	Paulo César Morales Mayer	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Dislexia_TDAH_TEA.pdf	25/02/2016 15:56:12	Paulo César Morales Mayer	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCADEL, 28 de Julho de 2016

Assinado por:

João Fernando Christofolletti  
(Coordenador)

**Endereço:** UNIVERSITARIA

**Bairro:** UNIVERSITARIO

**UF:** PR

**Município:** CASCADEL

**CEP:** 85.819-110

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

## ANEXO B – Termo de ciência do responsável pelo campo de estudo



## TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

**Título do projeto:** Percepções dos professores da Educação Infantil sobre o transtorno do espectro do autismo em alunos de Centros Municipais de Educação Infantil de Foz do Iguaçu, Paraná

**Pesquisadores:**  
Cirleine Costa Couto  
Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva

**Local da pesquisa:** Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) de Foz do Iguaçu

**Responsável pelo local de realização da pesquisa:** Secretária Municipal da Educação de Foz do Iguaçu: Lisiane Veeck Sosa

Os pesquisadores acima identificados estão autorizados a realizar a pesquisa e a coleta dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa segundo as normas da Resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares.

(local e data) Foz do Iguaçu, 08 de abril de 2016.

Lisiane Veeck Sosa  
Nome do responsável pelo campo da pesquisa

[Assinatura]  
Assinatura do responsável pelo campo da pesquisa

Lisiane Veeck Sosa  
Secretária Municipal da Educação  
Portaria 54.255