



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
GERÊNCIA DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS



TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: do conceito ao processo terapêutico



Ana Carolina Rodrigues Savall
Marcelo Dias (Org.)



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
GERÊNCIA DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS



TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: do conceito ao processo terapêutico

Ana Carolina Rodrigues Savall
Marcelo Dias (Org.)



São José - SC
2018

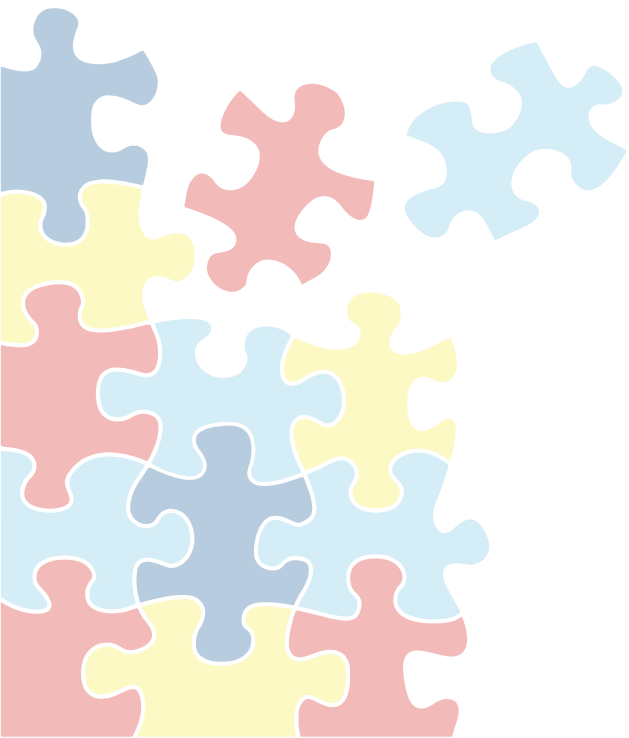
Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Paula Sanhudo da Silva – CRB-14/959,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T772 Transtorno do espectro autista : do conceito ao processo terapêutico [livro eletrônico] / organizadores Ana Carolina Rodrigues Savall, Marcelo Dias. – São José/SC : FCEE, 2018.
152 p. : il. color. ; 15 cm x 21 cm.

Inclui bibliografias.
ISBN 978-85-54307-07-3

1. Educação especial. 2. Autismo - Transtornos das sensações. 3. Autismo - Comportamento. I. Savall, Ana Carolina Rodrigues. II. Dias, Marcelo.

CDD 371.94 – 20. ed.



APRESENTAÇÃO

A atualização dos critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista - TEA, o aumento do número de casos e o reconhecimento legal desta população como “pessoa com deficiência” tem gerado um crescente interesse pelo tema, principalmente por parte dos familiares e dos profissionais que atuam com estas pessoas.

A Fundação Catarinense de Educação Especial - FCEE, atenta a esta situação e comprometida com sua missão de discutir e fomentar o conhecimento na área da Educação Especial, tem buscado incansavelmente propor e estabelecer estratégias para ampliar o conhecimento e melhorar a atenção desta população. Uma de suas ações foi a proposição, por meio do seu Núcleo de Estudos e Pesquisas – NESPE-FCEE de um grupo de estudos com objetivo de discutir e atualizar o conhecimento dos profissionais da instituição sobre o TEA.

Deste grupo de estudos surgiu a intenção de elaborar um material teórico voltado à atualização dos conhecimentos no âmbito da educação especial. Neste sentido, este livro é o resultado do envolvimento de um grupo de profissionais da Fundação Catarinense de Educação Especial que durante dois anos estudou e discutiu sobre o tema e posteriormente redigiu este livro, baseado em literatura nacional e internacional atualizada. Trata dos aspectos conceituais, da avaliação, da abordagem educacional e reabilitatória, bem como, faz uma compilação dos direitos previstos para as pessoas com TEA na legislação brasileira.

Esperamos que este material possa contribuir para um melhor conhecimento e qualificação do atendimento à pessoa com TEA.

Professor Pedro de Souza

Presidente da Fundação Catarinense de Educação Especial

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 - Abordagem dos estudantes com transtorno do espectro autista no Centro de ensino e aprendizagem	107
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Níveis de gravidade do Transtorno do Espectro Autista	18
Quadro 2 – Critérios Diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista	26
Quadro 3 – Estratégias baseadas em evidências que podem ser utilizadas em sala de aula e nas salas de AEE	97
Quadro 4 – Sugestão de práticas para as intervenções	109
Quadro 5 – Exemplo de adequação curricular	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sinais de alerta para TEA

19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	17
2.1 ETIOLOGIA E INCIDÊNCIA	18
2.2 INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO/SINAIS DE ALERTA	19
2.3 INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO	21
3 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INTERDISCIPLINAR NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	25
3.1 COMORBIDADES ASSOCIADAS	27
3.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	28
3.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	29
3.4 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	30
3.4.1 Serviço Social	30
3.4.2 Pedagogia	31
3.4.3 Neuropsicologia Clínica	33
3.4.4 Fonoaudiologia	36
3.4.5 Fisioterapia	41
3.4.6 Terapia Ocupacional	43
3.4.7 Profissionais da área médica	46
3.5 OUTROS INSTRUMENTOS	47
3.6 IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	49
3.7 ENTREVISTA DEVOLUTIVA	49
3.8 INTERVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOSES	50
3.9 O PAPEL DA FAMÍLIA	50
4 HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO	57
4.1 NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA CRIANÇAS COM INDICATIVOS DE TEA	58

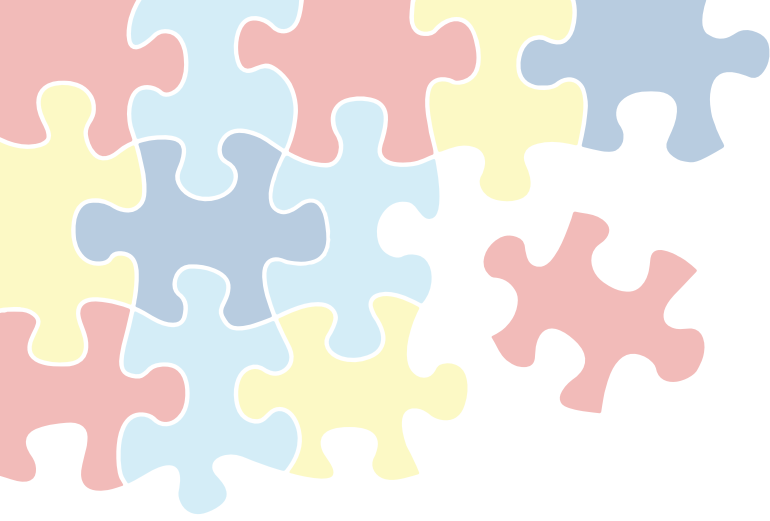
4.2 REDE DE APOIO À PESSOA COM TEA	59
4.3 INGRESSO E ACOLHIMENTO	60
4.4 AVALIAÇÃO	61
4.5 PLANO DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO (PAI)	62
4.6 ESTUDO DE CASO	62
4.7 ESTRUTURA DE INTERVENÇÃO	63
4.8 SERVIÇOS/PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE	64
4.9 ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO	65
4.9.1 <i>Naturalistic Intervention</i> (NI)	66
4.9.2 Treinamento de Habilidades Sociais (SST)	66
4.9.3 <i>Applied Behavior Analysis</i> (ABA ou Análise do Comportamento Aplicada)	66
4.9.4 <i>Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children</i> (TEACCH®)	66
4.9.5 Modelo Precoce de Denver (<i>Early Start Denver Model</i> - ESBDM)	67
4.9.6 <i>Developmental, Individual Difference, Relationship-based</i> (DIR®/ Floortime™)	67
4.9.7 Terapias/programas com foco na comunicação	68
4.9.8 Intervenções focadas nas interações entre pais e crianças com TEA	68
4.9.9 Tratamento clínico de base psicanalítica	68
4.9.10 Estimulação Sensorial	69
4.9.11 História Social	69
4.9.12 Currículo Funcional Natural (CFN)	69
4.10 A INTERVENÇÃO DAS ESPECIALIDADES PROFISSIONAIS NO TEA	70
4.10.1 Intervenção psicológica	70
4.10.2 Intervenção fonoaudiológica	73
4.10.3 Intervenção terapêutica ocupacional	76
4.10.4 Intervenção fisioterapêutica	79

4.10.5 Intervenção pedagógica	81
4.10.6 Intervenção do profissional de educação física	82
4.11 ASSESSORIA	85
4.12 O ATENDIMENTO REABILITATÓRIO NA FCEE	85
5 EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA	95
5.1 OS BENEFÍCIOS DA REDE REGULAR NO DESENVOLVIMENTO DA PESSOA COM TEA	96
5.2 ADEQUAÇÃO CURRICULAR E SEGUNDO PROFESSOR	102
5.2.1 Adequações Curriculares	102
5.2.2 O papel dos professores	103
5.2.3 Tecnologias a favor da inclusão de pessoas com TEA na rede regular	104
5.2.3.1 Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)	105
5.3 ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO	105
5.3.1 O que é o AEE	105
5.3.2 Estrutura e organização do AEE/TEA na FCEE	107
5.3.2.1 Avaliações	107
5.3.2.2 Elaboração do Plano de Atendimento Individualizado – PAI	108
5.3.2.3 Fundamentação das intervenções	109
5.3.3 Orientação para os professores	110
5.4 SERVIÇO PEDAGÓGICO ESPECÍFICO	113
6 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E EMPREGABILIDADE DA PESSOA COM TEA	117
6.1 A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E TRABALHO (CENET) DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (FCEE)	123
7 DIREITOS DA PESSOA COM TEA	129
7.1 ALGUNS DIREITOS E BENEFÍCIOS	130
7.1.1 Benefício de Prestação Continuada (BPC)	130

7.1.2 Pensão Especial Estadual (SC)	132
7.1.3 Passe Livre Intermunicipal	134
7.1.4 Passe Livre Interestadual	135
7.1.5 Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)	137
7.1.6 Isenção de Imposto de Renda (IR)	138
7.1.7 Isenção de Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e de Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)	138
7.1.8 Isenção de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU)	138
7.1.9 Redução da Jornada de Trabalho (Estadual)	138
7.1.10 Redução da Jornada de Trabalho (Municipal)	139
7.1.11 Cartão de Estacionamento para uso de vagas reservadas às pessoas com deficiência	139
7.1.12 Benefícios Eventuais	140
7.2 SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS	141

8 CONCLUSÃO

149



1 INTRODUÇÃO

A Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE é a instituição pública responsável pela definição e coordenação da política estadual de educação especial e de atendimento à pessoa com deficiência, atraso global no desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e altas habilidades/superdotação, incumbida da elaboração de diretrizes, oferecimento de suporte e fiscalização do funcionamento da educação especial em âmbito estadual (SANTA CATARINA, 2007).

Entre suas competências, destacam-se o fomento, a produção e a difusão do conhecimento científico e tecnológico na área de educação especial; a elaboração e a execução de programas, projetos e serviços integrados, visando o desenvolvimento permanente do atendimento ao público da educação especial; o auxílio, a orientação e o acompanhamento da execução de atividades relacionadas com a prevenção, assistência e inclusão desta população; e a capacitação de recursos humanos objetivando o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam com este público. Além destas, presta atendimento especializado ao seu público-alvo com intuito de desenvolver pesquisas e metodologias aplicadas nos programas pedagógico, profissionalizante, reabilitatório, socioassistencial, de prevenção e avaliação diagnóstica, subsidiando os serviços de educação especial no Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2007).

Neste contexto, a FCEE apresenta o documento institucional **Transtorno do Espectro Autista: do conceito ao processo terapêutico**, que visa nortear a atuação de seus profissionais, bem como das congêneres e rede regular de ensino junto à pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

Este documento foi cuidadosamente desenvolvido entre os meses de agosto de 2016 e dezembro de 2017, por uma equipe com conhecimento e experiência profissional composta por profissionais de diferentes áreas: Pedagogia, Educação Especial, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Educação Física e Fisioterapia.

Os profissionais envolvidos em sua elaboração integram os centros de atendimento especializado da instituição, a qual vem prestando atendimento às pessoas com TEA e seus familiares ao longo dos seus 50 anos de funcionamento, por meio de diversos serviços oferecidos em seus diferentes centros:

- Centro de Avaliação e Encaminhamento – CENAE: responsável pela realização de avaliação diagnóstica e encaminhamento para atendimento no campus da FCEE ou externamente;
- Centro de Reabilitação Ana Maria Phillippi – CENER: atende bebês na estimulação precoce e crianças e adolescentes nos serviços de reabilitação;
- Centro de Ensino e Aprendizagem – CENAP: oferece Atendimento Educacional Especializado (AEE) aos estudantes inseridos no ensino regular e formação continuada à rede regular de ensino mediante assessoria escolar;
- Centro de Educação e Trabalho – CENET: oferece educação profissional e encaminhamento ao mercado de trabalho, desenvolve atividades laborais para pessoas sem perspectiva de inclusão no processo de qualificação profissional ou no mercado de trabalho por meio do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), bem como fornece assessoria voltada à atualização profissional a instituições interessadas;
- Centro de Educação e Vivência – CEVI: oferece o SAE a adultos jovens e em processo de envelhecimento e oferece assessoria às congêneres;
- Centro de Tecnologia Assistiva – CETEP: desenvolve e fornece recursos de tecnologia assistiva, programas do Ministério da Educação – MEC voltados à tecnologia educacional e capacitação às congêneres na modalidade à distância.

Também participaram da elaboração deste documento, profissionais do Núcleo de Altas Habilidades/Superdotação (NAAH/S), do Núcleo de Estudos e Pesquisas (NESPE) e da Diretoria de Pesquisa e Extensão (DEPE).

Esta produção foi elaborada a partir do estudo aprofundado do tema e baseia-se no conhecimento aplicado dos profissionais envolvidos na atenção a essa população. Também se embasou em produções científicas nacionais e internacionais e está em consonância com os documentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e secretarias de saúde estaduais¹.

¹ Documentos: 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); Espectro Autista (Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento): protocolo clínico e de acolhimento do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2015); Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (BRASIL, 2014); e Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (SÃO PAULO, 2013).

Nesse ensejo, o intuito foi, a partir dos referenciais supramencionados, principalmente nos relacionados à rede de atenção à pessoa com TEA, desenvolver um documento voltado à educação especial. Deste modo, este documento descreve práticas baseadas em evidências, as quais fundamentam-se em revisões sistemáticas da literatura, documentos oficiais brasileiros e diretrizes internacionais, e objetiva prover informações e ferramentas para oferecer suporte técnico-científico aos profissionais da saúde, assistência social e educação na tomada de decisão a respeito da seleção, implementação e monitoramento do atendimento à pessoa com TEA.

As práticas baseadas em evidências perfazem uma interação entre as melhores avaliações de evidências científicas, com a *expertise* profissional e o entendimento das características, cultura, necessidades e preferências da pessoa com TEA. Desta forma, as evidências das pesquisas científicas respaldam as práticas, ao fornecerem informações sobre a sua eficácia, auxiliando os profissionais na tomada de decisão (ao considerar ou evitar o uso de práticas avaliativas e/ou de intervenção, ainda que algumas práticas apresentem evidências limitadas e necessitem de mais estudos). Por sua vez, a *expertise* profissional guia a seleção, aplicação e interpretação das evidências (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2001).

Por fim, as decisões sobre os instrumentos avaliativos e intervenções a serem aplicadas à pessoa com TEA não se baseiam somente nas evidências científicas e na *expertise* profissional, mas são tomadas conforme as necessidades e especificidades da pessoa a ser atendida e seu contexto, demonstrando haver uma interrelação entre esses três fatores (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2001).

Considerando o contexto apresentado, a finalidade deste documento não é afirmar sobre quais avaliações e intervenções devem ou não ser utilizadas, mas recomendar abordagens baseadas em evidências para a seleção das práticas, avaliativas e interventivas, mais adequadas para o indivíduo a ser atendido, como parte de um processo que inclui a avaliação para o planejamento da intervenção, a elaboração e implementação de um plano de intervenção e o monitoramento do progresso (*MISSOURI AUTISM GUIDELINES INITIATIVE*, 2012). Também se ampara na premissa de que os resultados são otimizados quando as avaliações e intervenções, direcionadas às características individuais, iniciam o mais precocemente possível.

Nesse sentido, seus capítulos contemplam a conceituação do TEA, a avaliação diagnóstica multiprofissional realizada em uma abordagem interdisciplinar, a habilitação e a reabilitação, a educação especial na perspectiva inclusiva, a educação profissional e empregabilidade,

como também os direitos da pessoa com TEA, com orientações para a adoção de práticas baseadas em evidências que respaldem o atendimento a ser prestado a essa população.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Policy statement on evidence-based practice in psychology**. 2001. Disponível em: <<http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MISSOURI AUTISM GUIDELINES INITIATIVE. **Autism Spectrum Disorders: guide to evidence-based interventions**. 2012.

SANTA CATARINA. **Lei Complementar n. 381, de 07 de maio de 2007**. Dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2007/381_2007_Lei_complementar.html>. Acesso em: 13 jun. 2017. _____. **Espectro autista (Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento): protocolo clínico e de acolhimento**. Santa Catarina: SUS, 2015.

SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: Ed. SEDPcD, 2013.

2 DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Livia Ferreira

Mariele Finatto

Ana Carolina Rodrigues Savall

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o TEA é entendido como um transtorno do neurodesenvolvimento e pode ser definido da seguinte forma:

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 31).

Os déficits na interação e comunicação social são compreendidos como dificuldades em iniciar e manter diálogos com função comunicativa. Os prejuízos da interação e comunicação social precisam aparecer de forma qualitativa envolvendo: dificuldade em iniciar e/ou manter diálogo com os pares, bem como compartilhar interesses; déficit no uso de comportamentos não verbais (contato visual, expressão facial e gestos que envolvem interação); dificuldade em ajustar seu comportamento a contextos sociais diversos; falta de reciprocidade social ou emocional; dificuldade em compreender brincadeira simbólica e abstração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os padrões restritos e repetitivos de comportamento são caracterizados por: uso de objetos ou fala estereotipada ou repetitiva; insistência

e apego a padrões estereotipados e restritos, com interesses peculiares; inflexibilidade persistente à quebra de rotina e/ou rituais; estereotípias motoras; hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). As características devem aparecer precocemente ao desenvolvimento da criança.

O TEA não é um transtorno degenerativo, sendo comum que a aprendizagem e as compensações individuais continuem ao longo da vida. Os sintomas são frequentemente mais acentuados na primeira infância e nos primeiros anos da vida escolar. Caso ocorra intervenção terapêutica ou compensação pessoal, as dificuldades podem ser amenizadas em alguns contextos, mas permanecem suficientes para causar prejuízos em áreas importantes na vida do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com o referido manual diagnóstico, o TEA apresenta-se em três níveis de gravidade, conforme o Quadro 1 disposto a seguir:

Quadro 1 – Níveis de gravidade do Transtorno do Espectro Autista

Nível 3 (exigindo apoio muito substancial)	Nível 2 (exigindo apoio substancial)	Nível 1 (exigindo apoio)
Déficit grave na comunicação verbal e não verbal, causando prejuízos graves de funcionamento e grande limitação nas interações sociais.	Déficit grave na comunicação verbal e não verbal, causando prejuízos de funcionamento e limitação nas interações sociais.	Déficit na comunicação social causando prejuízos notáveis nas interações sociais; interesse reduzido por interações sociais.
Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com mudanças, comportamentos restritos/repetitivos que interferem acentuadamente no funcionamento.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em lidar com mudanças, comportamentos restritos/repetitivos que interferem no funcionamento.	Inflexibilidade de comportamento, dificuldade em trocar de atividade, obstáculos para independência (dificuldade de organização e planejamento).

Fonte: American Psychiatric Association (2014, p. 52), adaptado pelas autoras.

2.1 ETIOLOGIA E INCIDÊNCIA

Embora as etiologias do TEA não estejam completamente elucidadas, algumas são referenciadas pelo Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2017):

- Estudos entre gêmeos idênticos apontam que, se um deles apresenta TEA, a probabilidade do outro também apresentar é entre 36-95%. Entre gêmeos não idênticos, esta probabilidade é de 0-31%;
- Pais que têm um filho com TEA apresentam 2-18% de probabilidade de terem outro filho com o transtorno;
- Idade parental avançada oferece maior risco de desenvolvimento do transtorno;
- Crianças que nascem prematuramente ou com baixo peso apresentam risco de terem o transtorno.

Ainda não há pesquisas sobre a incidência do TEA no Brasil, mas dados estatísticos do *Centers for Disease Control and Prevention – CDC* (2017) apontam a incidência, nos Estados Unidos, de um (01) caso para cada 68 nascimentos.

2.2 INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO/SINAIS DE ALERTA

É fundamental a atenção a todo o curso do desenvolvimento infantil. É comum a busca por especialistas com a queixa de ausência da fala, no entanto, déficit na comunicação e interação são anteriores ao desenvolvimento da fala propriamente dita, podendo haver sinais indicativos de TEA antes dos três anos. Ainda que não se estabeleça o diagnóstico, os sinais, quando identificados, justificam o início das intervenções.

A Tabela 1 a seguir apresenta alguns sinais de alerta:

Tabela 1 – Sinais de alerta para TEA

Idade	Desenvolvimento típico	Sinais de alerta
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Criança fixa o olhar; – Reage ao som; – Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares (mamadas e trocas de fralda). 	
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Emite sons; – Mostra interesse em olhar rosto de pessoas, respondendo com sorriso; – Vocalização ou choro; – Retribui sorriso. 	

6 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Sorri muito ao brincar com pessoas; – Localiza sons; – Acompanha objetos com olhar. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não tem sorrisos e expressões alegres.
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; – Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; – Brinca de esconde-achou; – Duplica sílabas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não responde às tentativas de interação feitas pelos outros, quando estes sorriem fazem caretas ou sons; – Não busca interação emitindo sons, caretas ou sorrisos.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Imita gestos como dar tchau e bater palmas; – Responde ao chamado do nome; – Faz sons como se conversasse com ela mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não balbucia ou se expressa como bebê; – Não responde ao seu nome quando chamado; – Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; – Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem.
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; – Executa gestos a pedido; – Fala uma palavra. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não fala palavras que não sejam mama, papa, nome de membros da família.
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Fala no mínimo 3 palavras; – Reconhece claramente pessoas e partes do corpo quando nomeadas; – Faz brincadeiras simples de faz de conta. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não fala palavras (exceto ecolalia); – Não expressa o que quer; – Utiliza-se da mão do outro para apontar o que quer.

24 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Brinca de faz de conta; – Forma frase de duas palavras com sentido que não seja repetição; – Gosta de estar com crianças da mesma idade e tem interesse em brincar conjuntamente; – Procura por objetos familiares que estão fora do campo de visão quando perguntado. 	<ul style="list-style-type: none"> – Não fala frase com duas palavras que não seja repetição.
36 meses	<ul style="list-style-type: none"> – Brincadeira simbólica com interpretação de personagens; – Brinca com crianças da mesma idade, expressando preferências; – Encadeia pensamento e ação nas brincadeiras (ex.: estou com sono, vou dormir); – Responde a perguntas simples como “onde”, “o que”; – Falam sobre interesses e sentimentos; – Entendem tempo passado e futuro. 	

Qualquer perda de linguagem, capacidade de comunicação ou habilidade social já adquirida em qualquer idade.

Fonte: Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) (2013, p. 18-20).

2.3 INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO

Diante da presença de sinais e sintomas de risco indicativos de TEA, é importante a aplicação de instrumentos de rastreamento, os quais podem indicar a necessidade de avaliação minuciosa para o diagnóstico do transtorno. Alguns desses instrumentos foram desenvolvidos para aplicação por profissionais da atenção primária à saúde, familiares, cuidadores e professores, considerando que são essas pessoas que frequentemente identificam os sinais de risco e suspeitam do diagnóstico, em geral precocemente, e, portanto, podem auxiliar na detecção e intervenção precoce (MATSON; RIESKE; TURECK, 2011).

A seguir, são apresentados alguns instrumentos de rastreamento:

- a) **Escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*):** é um instrumento de rastreamento para o Transtorno do Espectro Autista em crianças entre 18 e 24 meses. Esta escala pode ser

aplicada por pais e cuidadores com o objetivo de identificar precocemente sinais indicativos de TEA. É composta por 23 questões objetivas dicotômicas (sim/não) e, depois de mensurada as respostas, o escore obtido indica ou descarta a necessidade de avaliação diagnóstica aprofundada para o TEA. Essa escala é direcionada especificamente para o rastreamento dos sinais indicativos de TEA (LOSAPIO; PONDÉ, 2008);

- b) **Inventário de Comportamentos Autísticos – ICA (*Autism Behavior Checklist – ABC*)**: permite rastrear sintomas autísticos em crianças a partir dos três anos (MARTELETO; PEDROMÔNICO, 2005);
- c) **Escala de Avaliação de Traços Autísticos – ATA**: trata-se de um protocolo de triagem, de fácil aplicabilidade, podendo ser utilizado por qualquer profissional em caso de suspeita de TEA. Esta escala de detecção de condutas autísticas pode ser aplicada em crianças a partir de dois anos. Trata-se de um instrumento padronizado, que se fundamenta na observação. Fornece o perfil de conduta da criança e permite acompanhar a evolução do seu tratamento (ASSUMPÇÃO, 1999);
- d) **Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – IRDI**: o questionário IRDI foi desenvolvido e validado por especialistas brasileiros, visando apontar os sinais de risco para o desenvolvimento infantil, por meio da observação dos comportamentos envolvidos na interação da díade mãe-bebê. Aplicado por profissionais da saúde, é composto por 31 indicadores observáveis no período de 0 a 18 meses de vida da criança. Não é específico para o TEA, embora tenha sido adaptado o formato IRDI-questionário para pais para o rastreamento de transtornos do espectro autista, cuja avaliação de sensibilidade do instrumento mostrou bons índices (MACHADO et al., 2014).

Escalas de rastreamento específicas para o TEA:

- Escala M-CHAT;
- Inventário de Comportamentos Autísticos – ICA;
- Escala de Avaliação de Traços Autísticos – ATA.

Diante do contexto apresentado, recomenda-se a adoção de instrumentos de rastreamento por profissionais da atenção básica de saúde, professores da rede regular de ensino, pais e cuidadores, de forma a auxiliar na triagem e garantir o diagnóstico e a intervenção precoces da pessoa com TEA.

REFERÊNCIAS

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

ASSUMPÇÃO, F. B. et al. Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 23-29, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Autism Spectrum Disorder (ASD)**. 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

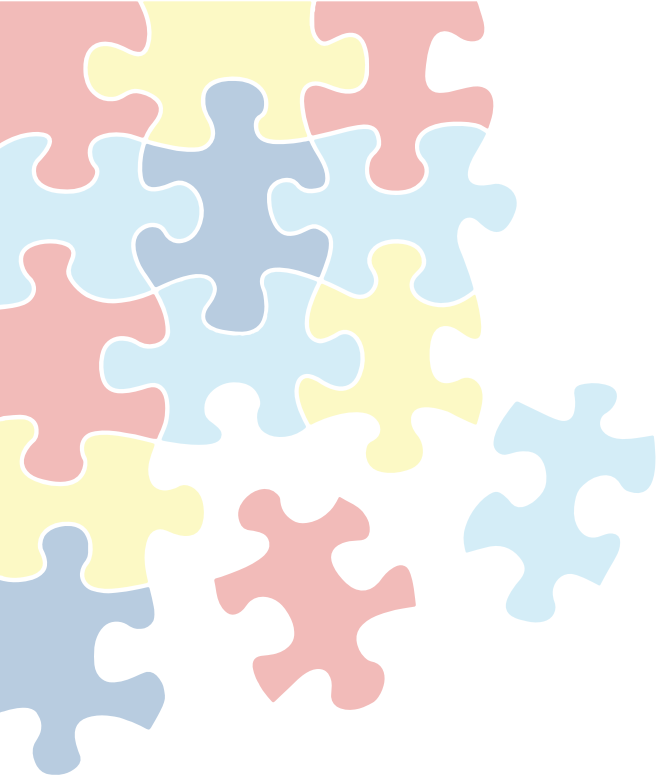
LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria**, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 221-229. 2008.

MACHADO, F. P. et al. Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiology Communication Research**, [S.l.], p. 1-7, 2014.

MARTELETO, M. R. F.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminar study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 295-301, 2005.

MATSON, J. L.; RIESKE, R. D.; TURECK, K. Additional considerations for the early detection and diagnosis of autismo: review of available instruments. **Research in Autism Spectrum Disorders**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 1319-1326, 2011.

SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: Ed. SEDPcD, 2013.



3 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INTERDISCIPLINAR NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Ana Carolina Rodrigues Savall

Francielle Cipriano Cardoso

Juliana Gonçalves da Silva Gerente

Karla Cecília Ferreira

Kátia Helena Pereira

Kelly Cristine Schmidt

Ketiline Cristiane Rocha

Patricia Braz

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), em sua 5ª edição (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014*), na avaliação diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista são considerados dois tipos de especificadores: características clínicas individuais e sintomas pertinentes ao quadro.

As características clínicas individuais estão relacionadas aos indivíduos apresentarem-se: com ou sem comprometimento intelectual concomitante; com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental.

O outro especificador referido é o que descreve os sintomas autísticos, no qual devem ser considerados: a idade dos primeiros sintomas, a existência ou não de perda de habilidades estabelecidas e a gravidade.

Os critérios diagnósticos são subdivididos em cinco áreas: A, B, C, D e E, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios Diagnósticos do Transtorno do Espectro Autista

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos [...]):

1. Déficit na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
2. Déficit nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
3. Déficit para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por, pelo menos, dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos, [...]):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.

Nota: Indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de *Asperger* ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).

Fonte: *American Psychiatric Association* (2014, p. 50-51).

Segundo o “*The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions – IACAPAP*” (2013), o DSM é um dos principais sistemas de classificação. Desde a sua primeira publicação em 1952, o DSM sofreu cinco grandes revisões até a atual (MACHADO et al., 2015).

3.1 COMORBIDADES ASSOCIADAS

Conforme o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o TEA é frequentemente associado a outras comorbidades, por exemplo, quando os critérios tanto para o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH quanto para o TEA são preenchidos, ambos os diagnósticos devem ser registrados. O mesmo princípio se aplica a outros diagnósticos concomitantes como transtorno do desenvolvimento da coordenação, transtornos de ansiedade, transtorno estrutural da linguagem, deficiência intelectual (do desenvolvimento), transtornos depressivos, transtornos mentais e outros diagnósticos de comorbidade.

Muitas vezes, pode haver, também, patologias psiquiátricas associadas que devem ser tratadas, pois tendem a aumentar sobremaneira as dificuldades adaptativas e o sofrimento. Entre elas, as mais comumente encontradas: transtorno obsessivo-compulsivo; TDA/H; transtornos de ansiedade (principalmente em adolescentes de bom funcionamento); transtorno depressivo (principalmente em adolescentes de bom funcionamento).

Dificuldades específicas de aprendizagem são também comumente encontradas, assim como algumas condições médicas ou genéticas, tais como: epilepsia, distúrbios do sono e constipação. O transtorno alimentar restritivo/evitativo é uma característica que se apresenta com bastante frequência, onde preferências alimentares extremas e reduzi-das podem persistir.

3.2 AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2003), “[...] a funcionalidade deve ser entendida como termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos entre a interação de um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais.” (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Diante da perspectiva biopsicossocial no âmbito da educação especial, este modelo de funcionalidade traz uma nova forma de se pensar a avaliação do TEA, voltada às funções e estruturas do corpo, aos fatores ambientais e ainda à participação desse indivíduo no ambiente social em que ele está inserido.

Desta forma, preconiza-se uma avaliação multiprofissional para além da classificação nosológica médica, que é entendida como a análise de hipóteses iniciais que são testadas, tomando-se como referência critérios diagnósticos estabelecidos em consenso internacional.

O foco de avaliação de uma equipe multiprofissional no âmbito da educação especial deve ter entendimento dinâmico. A funcionalidade de um indivíduo em um domínio específico é relacional e complexa, existindo uma interação dinâmica entre estas entidades. Assim, observa-se que uma intervenção num elemento pode, essencialmente, provocar um ou vários outros elementos.

Em consonância com a OMS (2003), surge um novo modelo classificatório, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.

Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões etc.) são classificados principalmente na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, Décima Revisão – CID-10, que fornece uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos es-

tados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares e recomenda-se o uso em conjunto.

Ambos os sistemas classificatórios têm o objetivo de uniformizar informações a respeito de uma pessoa com TEA para que diferentes profissionais padronizem a classificação diagnóstica e os relatórios, de modo que possam ser utilizados em diferentes áreas, tais como saúde, educação e previdência social.

Cabe ressaltar que o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, o DSM-5, está em acordo com a classificação internacional de doenças e com a OMS, de forma que os critérios do DSM-5 definem transtornos identificados pela denominação diagnóstica e pela codificação alfanumérica da CID-10 na pesquisa diagnóstica do TEA.

3.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Diante de um quadro de heterogeneidade e da grande incidência na população e para a compreensão completa do quadro autístico, a OMS (2003) orienta que a avaliação de pessoas com indicativos de TEA seja realizada por equipe de avaliação diagnóstica multiprofissional, composta por profissionais como: fonoaudiólogo, psicólogo, pedagogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psiquiatra, neurologista e pediatra.

Por se tratar de um transtorno complexo e com frequência acompanhado de comorbidades, a avaliação multiprofissional vem possibilitar que esta ampla gama de sintomas sejam avaliadas e mensuradas, considerando as necessidades e potencialidades de cada indivíduo.

Levando-se em consideração a diversidade dos aspectos do desenvolvimento afetados pelo transtorno do espectro autista, em especial a comunicação verbal e não verbal, habilidades para relacionamento interpessoal, capacidade adaptativa, desempenho cognitivo e acadêmico, transtornos sensoriais e motores, percebe-se a importância da equipe multiprofissional para se concluir um diagnóstico, assim como para o tratamento (BRASIL, 2014).

A equipe de avaliação envolvida completa-se como exercício interdisciplinar, possibilitando o diagnóstico precoce e intervenções terapêuticas e educacionais específicas e mais produtivas.

Ao final de cada avaliação, em reunião multiprofissional denominada “estudo de caso”, discute-se os aspectos relevantes da avaliação, formulando-se uma impressão diagnóstica baseada nos critérios diagnósticos dos manuais técnicos de diagnóstico.

3.4 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Estabelecer padrões em um processo avaliativo é muito importante para evitar erros de julgamento, haja vista que cada instrumento apresenta especificidade e evidência científica da sua validade para a população a qual se destina. Assim, entende-se que instrumentos de avaliação não são apenas úteis para a padronização da avaliação, mas também guiam o processo de raciocínio clínico e auxiliam na sistematização do compartilhamento dos achados inerentes de cada especialidade.

O diagnóstico diferencial evita conclusões equivocadas e refina a possibilidade de um direcionamento individualizado e planejado de acordo com as peculiaridades de cada caso. A consequência disto é um melhor prognóstico, quer seja na linguagem, cognição social ou aspectos neuropsicológicos (FERNANDES, 2000 apud VELLOSO et al., 2011).

O processo diagnóstico em uma equipe multiprofissional se beneficia de procedimentos padronizados, garantindo uma avaliação global e de qualidade, abordando todos os aspectos da criança ou jovem em desenvolvimento com autismo. Além disso, trabalhar com instrumentos e procedimentos padronizados e validados garante que o examinando não fique à mercê de subjetividades e procedimentos sem embasamento científico.

Os instrumentos a serem utilizados pela equipe de avaliação não são fixos. Compete a cada profissional escolher os instrumentos a serem utilizados conforme a demanda que se apresenta: idade, perfil funcional, disponibilidade, responsividade do examinando, entre inúmeros outros fatores.

Para fins de padronização, sugere-se a seguir alguns procedimentos diagnósticos investigativos possíveis.

3.4.1 Serviço Social

O objetivo da atuação do assistente social em uma equipe multiprofissional é identificar e apresentar a realidade social das famílias e os fatores sociais, econômicos e culturais que perpassam o contexto familiar, bem como conhecer as preocupações e perspectivas das famílias em relação à pessoa com TEA.

Neste contexto, o assistente social realiza a avaliação social com as famílias, tendo como instrumento de trabalho: entrevista qualificada, visita domiciliar, estudo social, relatório social, entre outros.

Sabe-se que as famílias vivenciam diferentes dinâmicas podendo sofrer influência de diversos fatores, como por exemplo: o número de

filhos, uma gestação precoce ou indesejada, pessoas idosas, bem como pessoas com deficiência. Observa-se que as dificuldades pelas quais as famílias de pessoas com TEA passam são diversas e, para que este segmento consiga ter a estrutura que precisa para obter condições de realizar um tratamento adequado, é necessário um suporte social a estes grupos. Verifica-se que estas famílias podem ser expostas a vulnerabilidades sociais e a desafios emocionais, sociais e econômicos.

Segundo Mateus (2015), uma criança autista obriga a família a adaptar-se a uma nova realidade e, pelo fato de este transtorno não ter uma causa definida ou cura, maiores se tornam as angústias e medos.

Desta forma, a atuação do assistente social neste contexto é conhecer a realidade social vivida por estas famílias, desenvolvendo suas ações na direção da garantia e efetivação dos direitos de cidadania em conjunto com as redes de saúde, assistência social e educação, buscando viabilizar uma melhor qualidade de vida e a garantia dos atendimentos necessários para a pessoa com TEA.

Além dos atendimentos, a orientação aos benefícios sociais realizada pelo assistente social, se refere à defesa dos direitos legalmente constituídos, e o profissional na atuação do contexto familiar busca a efetivação dos mesmos, principalmente os relacionados e destinados à pessoa com deficiência. Os direitos da pessoa com TEA são abordados no capítulo 7.

Além da avaliação social, o assistente social inserido no contexto da avaliação diagnóstica realiza outras ações importantes para desenvolver seu trabalho junto à equipe multiprofissional, relacionado à realização da triagem das pessoas que buscam avaliação diagnóstica, caracterizada como um momento de acolhida e escuta qualificada das demandas trazidas pelas famílias e onde são aplicadas escalas que podem auxiliar no rastreamento do TEA, as quais são sugeridas no capítulo 2 deste documento.

Apesar do diagnóstico do TEA ser fundamentalmente clínico, baseado na descrição do quadro sintomatológico, o assistente social utiliza estas escalas de triagem, traduzidas e validadas para a realidade brasileira, com o intuito de obter informações pertinentes para o seguimento e direção do processo de avaliação da equipe multiprofissional.

3.4.2 Pedagogia

O objetivo da clínica pedagógica em uma equipe multiprofissional é a investigação dos fatores biopsicossociais que interferem na aprendizagem, identificando no processo educativo os níveis do desenvolvimento cognitivo, as modalidades de aprendizagem, as potencialidades e dificuldades relacionadas à inclusão escolar e a participação da família e da

escola no processo ensino-aprendizagem. Em suma, é a funcionalidade do processo educativo em todos os seus aspectos.

Dentro deste contexto, identificam-se as barreiras atitudinais, estruturais e sociais que estejam impedindo ou dificultando o processo educativo, oferecendo subsídios e orientações necessárias que contribuam para a superação dessas barreiras e consequentemente um melhor desempenho dos sujeitos envolvidos.

Com o intuito de levantar dados durante todo o processo de avaliação da pessoa com TEA, a observação comportamental tem um olhar específico para demonstrações de ansiedade, agitação, atenção e concentração no decorrer da avaliação, e os sinais apresentados diante de desafios e contra-argumentações de respostas dadas pelo examinando.

A observação do comportamento socioafetivo em relação ao ambiente avaliativo e avaliador e a comunicação tanto verbal quanto gestual também fazem parte deste processo.

Para a avaliação pedagógica, sugerem-se, entre outros, os seguintes instrumentos:

- a) **Escala de Desenvolvimento Infantil – Denver II** (FRANKENBURG, 1967): é uma escala de triagem que verifica o atraso no desenvolvimento infantil em crianças com até seis anos de idade. Tem como objetivo a triagem de crianças com possíveis problemas de desenvolvimento. Avalia os seguintes aspectos: pessoal-social, motor-adaptativo, linguagem e motor grosso, alterações comumente presentes no Transtorno do Espectro Autista.
- b) **Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatruda** (GESELL, 2000): tem como objetivo determinar o nível evolutivo da criança de zero a seis anos. Os campos avaliados são: comportamento adaptativo; motor grosseiro e motor delicado; comportamento de linguagem; e comportamento pessoal-social. Como na escala Denver citada anteriormente, estas são alterações comumente presentes no Transtorno do Espectro Autista.
- c) **Provas Piagetianas**: têm como objetivo determinar o nível de desenvolvimento cognitivo e o grau de aquisição de pensamento alcançado pelo avaliado.
- d) **Instrumento de Avaliação do Repertório Básico para a Alfabetização (IAR)** (LEITE, 2015): foi planejado para ser um instrumento de auxílio para os educadores que atuam com crianças da faixa pré-escolar e do primeiro ano do ensino fundamental.

- e) **Teste de Desempenho Escolar (TDE)** (STEIN, 1994): é um instrumento psicométrico que procura avaliar o desempenho escolar e as capacidades fundamentais para: leitura, escrita e aritmética. Indica, de uma maneira abrangente, quais áreas da aprendizagem escolar estão preservadas ou prejudicadas.
- f) **Análise da Produção Escrita de Textos (APET)** (FORTE; SCARPA; KUBOTA, 2014): tem como objetivo a avaliação do discurso escrito, verificando o nível de independência, domínio e eficácia com a palavra escrita.

Por fim, a atuação do pedagogo na equipe multiprofissional é identificar os aspectos acadêmicos e cognitivos importantes para a adequação de propostas psicopedagógicas, garantindo o atendimento integral direcionado à pessoa com TEA.

3.4.3 Neuropsicologia Clínica

O objetivo da neuropsicologia clínica consiste, especificamente, na avaliação das funções cognitivas e de aspectos do comportamento, de modo que contempla diversos domínios, como a atenção, a memória, a linguagem e as funções executivas.

Tanto os testes psicológicos padronizados quanto os instrumentos e procedimentos de avaliação de outros tipos, como por exemplo, a anamnese clínica, a entrevista e atividades lúdicas, entre outras, são capazes de prestar importantes contribuições para a avaliação neuropsicológica, desde que aplicados e avaliados corretamente, por profissional capacitado para tanto.

Na atualidade, as chamadas baterias flexíveis são as mais frequentemente utilizadas pelo neuropsicólogo clínico, pois lhe permitem selecionar os instrumentos e procedimentos a serem empregados em função das particularidades de seus pacientes (HOGAN, 2006).

Desse modo, é oportuno apresentar alguns instrumentos e procedimentos passíveis de utilização em uma avaliação neuropsicológica, considerando-se os domínios avaliados pelos mesmos.

- a) **INTELIGÊNCIA**
As **Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC)** (WECHSLER, 2013) de 06 a 16 anos e adolescentes/adultos (WAIS) a partir dos 16 anos. Destacam-se como os testes psicológicos mais completos para a avaliação da inteligência em crianças e adultos respectivamente. Eles mensuram funções cognitivas, a saber: linguagem, praxia, percepção (gnosés), atenção, memória e funções executivas. O neuropsicólogo

go clínico pode empregá-los em um processo de avaliação neuropsicológica considerando-se tanto os escores de subtestes específicos, que podem ser aplicados separadamente, quanto os escores gerais, os quais possibilitam o cálculo dos Quocientes de Inteligência (QIs) verbal e de execução e demandam a aplicação de todos os subtestes. A identificação de diferenças significativas entre os QIs é particularmente relevante, pois sugere déficit em aspectos específicos da inteligência, como organização perceptual e velocidade de processamento, por exemplo (HOGAN, 2006). Discrepâncias entre o QI verbal e o de execução são comumente encontradas em pessoas com autismo.

No entanto, os testes WISC/WAIS são instrumentos de aplicação demorada e complexa, nem sempre indicados para a pessoa com TEA. Nestes casos, são indicados testes psicológicos que exploram o aspecto lógico e não-verbal da inteligência e de aplicação mais rápida. Neste contexto, o **Teste das Matrizes Progressivas Coloridas**, para crianças de 4 anos e 9 meses até 11 anos e 8 meses ou Escala Geral, para população a partir dos 13 anos, conhecido por **Teste de Raven**, é um instrumento padrão para mensuração de aspectos importantes do potencial intelectual, como estabelecer comparações e raciocinar por analogia. Ademais, podem ser utilizados para uma faixa etária ampla, proporcionando um índice de capacidade intelectual, qualquer que seja a nacionalidade ou educação.

A mensuração da inteligência ou maturidade intelectual é critério diferencial na avaliação diagnóstica dos casos de TEA, uma vez que, segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o procedimento de registro especifica que a presença ou ausência de deficiência intelectual concomitante deve estar descrita e presente no laudo diagnóstico do TEA.

• b) **MEMÓRIA**

Pode-se definir a memória como a capacidade de guardar a informação apreendida para ser utilizada posteriormente (KANDEL; SCHWARTZ; JESSEL, 2000). Pode ser dividida em: Memória Imediata (ou de curto prazo); Memória de Trabalho; e Memória de Longo Prazo (GIL, 2005).

O **Digit Span**, ou subteste **Dígitos da Escala Wechsler**, já mencionada anteriormente, é o teste padrão ouro para avaliar a memória verbal. Este subteste exige atenção, memória auditiva imediata e memória de trabalho. As pontuações permi-

tem identificar e quantificar a presença de déficit neurocognitivos de memória operacional verbal. A memória operacional é uma habilidade precoce essencial para a aprendizagem e sua avaliação sustentará estratégias de intervenção educacional mais eficientes.

Já o **Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey – RAVLT** é voltado, mais especificamente, à avaliação da memória episódica em adolescentes e adultos a partir dos 16 anos e não se afigura como um teste psicológico, podendo, como consequência, ser empregado por qualquer profissional devidamente treinado.

As **Figuras Complexas de Rey – Teste de Cópia e Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas** foram idealizadas por André Rey (1999) para crianças a partir de 4 anos e objetivam avaliar funções neuropsicológicas de percepção visual e memória imediata não verbal. Seu objetivo é verificar o modo como o sujeito apreende os dados perceptivos que lhe são apresentados e o que foi conservado espontaneamente pela memória (OLIVEIRA, 2014).

- c) **FUNÇÕES EXECUTIVAS**

O **Teste dos Cinco Dígitos (FDT)** foi desenvolvido para a avaliação de duas funções executivas nucleares: o controle inibitório e a flexibilidade cognitiva (SEDÓ; DE PAULA; MALLOY-DINIZ, 2015). Pode ser usado em crianças, adultos e idosos e tem sido particularmente útil na clínica neuropsicológica. O FDT nos permite descrever a velocidade e a eficiência do processamento cognitivo, a constância da atenção focada, a automatização progressiva da tarefa e a capacidade de mobilizar um esforço mental adicional quando as séries apresentam dificuldade crescente e exigem concentração muito maior (SEDÓ; DE PAULA; MALLOY-DINIZ, 2015). As alterações do controle inibitório e flexibilidade cognitiva são associadas ao TEA, constituindo um ponto essencial da avaliação neuropsicológica.

- d) **ATENÇÃO**

O **Teste de Atenção Visual – TAVIS-3**, que não tem seu emprego restrito ao psicólogo, se destaca como um importante procedimento para a avaliação neuropsicológica, uma vez que contempla três aspectos da atenção visual, a saber: seletividade, alternância e sustentação (COUTINHO; MATTOS;

ABREU, 2010). Ressalta-se que o TAVIS-3 é um procedimento computadorizado. Trata-se de uma vantagem significativa, tendo em vista que evita eventuais erros de aplicação e avaliação da parte do neuropsicólogo clínico. Além disso, o TAVIS-3 foi criado originalmente para a avaliação da atenção em crianças e adolescentes (DUCHESNE; MATTOS, 1997).

Além dos testes psicométricos, é importante o uso de outras técnicas investigativas. Faz parte do olhar clínico atentar para os aspectos biopsicossociais como, por exemplo, a histórica clínica, os antecedentes familiares, o ambiente sociofamiliar e o *status* mental. São indicadas a utilização de baterias projetivas, entrevistas clínicas amplas, atividades lúdicas e dirigidas e o uso de escalas de triagem traduzidas e validadas para a população brasileira.

Independentemente do tipo de instrumento ou procedimento que optar por utilizar, cabe ao neuropsicólogo clínico buscar o estabelecimento de inferências sobre o funcionamento do substrato neural da função cognitiva ou do comportamento em questão para que possa desenvolver uma avaliação neuropsicológica completa. Subentende-se que o comportamento é, em parte, reflexo de um funcionamento mental organizado e este, por sua vez, depende da integridade do sistema nervoso.

A avaliação da neuropsicologia objetiva estabelecer as relações entre estas três instâncias: comportamento, funcionamento mental e sistema nervoso em um indivíduo específico, ou seja, estabelecer seu perfil cognitivo: memória, atenção, percepção, raciocínio, linguagem e habilidades executivas integram o funcionamento mental, analisados à luz deste modelo. O conhecimento do perfil cognitivo objetiva estabelecer critérios para o raciocínio clínico da equipe multiprofissional e subsidiar os processos de intervenção posteriores.

3.4.4 Fonoaudiologia

O fonoaudiólogo que atua na equipe de avaliação multidisciplinar necessita compreender as patologias de base que mais ocorrem na fase de desenvolvimento infantojuvenil e os transtornos do neurodesenvolvimento, segundo critérios diagnósticos do DSM-5 (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014), ter conhecimento do desenvolvimento da criança e do adolescente típico e atípico, bem como ter domínio do uso e a da interpretação dos protocolos, testes e escalas a serem utilizados durante a avaliação fonoaudiológica.

É importante salientar que os instrumentos a serem utilizados na avaliação devem ter um reconhecimento científico, serem validados e atenderem a todas as faixas etárias para assim determinar e discriminar as habilidades compreensivas e expressivas, entre outros aspectos fonoaudiológicos que possam estar alterados.

É de fundamental importância a determinação de procedimentos cada vez mais adequados e clinicamente apropriados de avaliação fonoaudiológica, pois só a partir desta conduta é que a investigação diagnóstica torna-se mais eficiente e fornecerá subsídios para a prática baseada em evidências, quer no sentido de levantar dados fonoaudiológicos para contribuir na determinação do diagnóstico da patologia de base junto à equipe multiprofissional, como para fundamentar as propostas de intervenção no acompanhamento dos resultados da terapia fonoaudiológica (MOREIRA, 2010).

A avaliação fonoaudiológica em indivíduos com indicativos de TEA é de fundamental importância, pois as alterações de linguagem sempre representam um aspecto fundamental do quadro clínico (FERNANDES, 1996). A diferenciação do diagnóstico desses quadros está na intensidade dos desvios de linguagem, déficits cognitivos e de interação social. Sendo assim, é imprescindível uma avaliação minuciosa de linguagem, com ênfase nos seguintes aspectos: linguagem compreensiva e expressiva, nesta evidenciando-se a investigação dos seus subsistemas linguísticos: fonética; fonologia; morfossintaxe; semântica/vocabulário; pragmática, bem como as competências metalinguísticas: incluindo consciência fonológica, leitura e escrita, sendo que estes últimos itens só são avaliados quando a criança está frequentando o ensino fundamental ou a partir de seis anos de idade.

Para a avaliação fonoaudiológica, podem ser utilizados os seguintes instrumentos:

- a) **Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem – ADL** (MENEZES, 2004): é uma escala que identifica alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem compreensiva e expressiva. Realiza análise da linguagem espontânea da criança e observa o desenvolvimento da linguagem expressiva e compreensiva (verbal e não verbal) das áreas: semântica, sintaxe, morfologia e pragmática. É utilizada para a avaliação de crianças na faixa etária de um ano a seis anos e onze meses.
- b) **Protocolo de Observação Comportamental – PROC** (ZORZI; HAGE, 2004): avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis, avalia crianças pequenas (de zero a quatro anos) quanto ao desenvolvimento das habilidades comunicativas e cognitivas por meio de observação comportamental. É um instrumento útil na detecção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento da linguagem, mesmo antes do aparecimento formal da oralidade. Avalia as habilidades comunicativas expressivas, compreensão da linguagem e esquemas simbólicos.

- c) **Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática – ABFW** (ANDRADE et al., 2004): este teste avalia o vocabulário expressivo, as habilidades fonológicas e pragmáticas. É indicado para crianças de dois a doze anos.
- d) **Prova de Consciência Sintática** (SEABRA; CAPOVILLA, 2012): avalia os aspectos morfossintáticos da linguagem. Utilizada em crianças de três a quatorze anos.
- e) **Consciência Fonológica – CONFIAS** (MOOJEN et al., 2003): avalia a consciência fonológica de forma abrangente e sequencial, ou seja, a capacidade de refletir sobre os sons da fala e manipulá-los, englobando a consciência das sílabas e dos fonemas. Pode ser utilizado em crianças a partir dos quatro anos.
- f) **Provas de Avaliação dos Processos de Leitura – PROLEC** (CUETOS et al., 2014): avalia todos os processos da leitura (identificação de letras, processos léxicos, processos sintáticos, processos semânticos). Pode ser aplicado em escolares do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental.
- g) **Protocolo de Avaliação da Ortografia – Pró-Ortografia** (BATISTA et al., 2014): avalia o desempenho ortográfico e pode ser aplicado em escolares do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental.
- h) **Observação da linguagem através de roteiro estruturado**: durante o processo avaliativo, são observados aspectos relevantes da linguagem para o diagnóstico do TEA (prosódia, inversão pronominal, manutenção ou perseveração de diálogo, assunto do diálogo e presença de ecolalias).
- i) **Avaliação Míofuncional Orofacial – Protocolo MBGR** (GENARO et al., 2009): avalia as condições anatômicas e funcionais do sistema estomatognático.

Segundo Leite Romero et al. (2014), além da investigação das habilidades comunicativas, deve ser realizado nos indivíduos com indicativo de TEA a **avaliação audiológica** para verificar o quanto esta função auditiva pode estar influenciando nos déficits de linguagem e também para servir de diagnóstico diferencial nos quadros de perdas auditivas, que inicialmente podem ter algumas características comportamentais e de linguagem parecidas com o TEA.

Existem vários tipos de exames audiológicos, mas a escolha dependerá da idade cronológica e comprometimento cognitivo, pois alguns exames necessitam da resposta ativa do sujeito, entre estes estão (ROMERO et al., 2014):

- a) **Audiometria Tonal Limiar Convencional/Audiometria Condi-
cionada/Audiometria de Reforço Visual (VRA):** é utilizada com
a finalidade de mensurar o nível mínimo de intensidade sonora
percebido, detectando assim, se há perda auditiva, o grau e o tipo;
- b) **Imitanciometria (Tímpanometria e Reflexos Estapédicos):**
fornecem informações sobre a funcionalidade do sistema tím-
pano ossicular e a integridade da via auditiva;
- c) **Emissões Otoacústicas Transientes – EOAT e Emissões
Otoacústicas por Produto de Distorção – EOAPD:** avaliam a
função coclear, desde a espira basal até a espira apical e apre-
sentam grande sensibilidade para detectar lesão das células ci-
liadas externas;
- d) **Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico – PEATE:**
é uma medida eletrofisiológica que avalia a integridade da via
auditiva, útil nas investigações auditivas de neonatos e indiví-
duos difíceis de serem avaliados por meio de testes audiológicos
convencionais.

Cabe salientar que a avaliação fonoaudiológica torna-se impor-
tante no auxílio do diagnóstico diferencial nos casos com suspeita de
TEA. Conforme Schwartzmann et al. (2011), o fonoaudiólogo deve estar
atento às manifestações presentes na avaliação que sejam característi-
cas do quadro de TEA, pois estes dados auxiliarão na discussão do caso
em equipe, ajudando na diferenciação dos quadros de TEA e transtor-
nos específicos de linguagem, que podem também acometer aspectos
comportamentais e interacionais, como consequência do transtorno de
comunicação, embora de forma diferenciada.

Para que os padrões fonoaudiológicos, inclusive os de linguagem,
sejam considerados como estando em déficit, estes devem estar inade-
quados para o nível de desenvolvimento e idade cronológica, conforme
cada protocolo, teste ou escala aplicada.

Segundo Quintas (2009), a funcionalidade da comunicação também
tende a variar de acordo com o grau de severidade do quadro clínico
apresentado. Geralmente as áreas da linguagem que mais estarão al-
teradas são: semântica, pragmática, sintática, morfológica, fonológica e
consciência fonológica. Cabe salientar que nos quadros de TEA de nível I
as alterações de linguagem são menores, podendo estar comprometido
somente as áreas: semântica e pragmática. Ressalta-se, também, que as
dificuldades específicas de aprendizagem: leitura e escrita, também são
comuns nos quadros de TEA.

Os achados avaliativos de linguagem mais comumente encontrados
no TEA são:

- a) déficit na linguagem compreensiva: como uma compreensão reduzida da fala (compreendendo somente ordens simples) ou uma compreensão literal, como por exemplo, dificuldades em entender ironias e piadas;
- b) déficit na comunicação social: ausência de fala; fala ininteligível; atraso de linguagem; linguagem muito literal; alteração da pragmática (apresenta compartilhamento de assuntos reduzidos; dificuldades para iniciar ou responder no processo dialógico; geralmente a conversa costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou nomear do que para compartilhar sentimentos ou conversar);
- c) déficit nos comportamentos comunicativos não verbais: como quando os gestos, expressões faciais, orientação corporal ou entonação da fala usados para interação social estão alterados, bem como a anormalidade no contato visual e linguagem corporal, variando, por exemplo, desde reduzidos, ausentes ou atípicos, podendo apresentar uma comunicação verbal e não verbal pouco integrada; e
- d) a presença de padrões restritivos e repetitivos da linguagem, como, por exemplo, a fala repetitiva (ecolalias imediatas e posteriores); uso da 3ª pessoa para se referir a si mesmo; uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia (entonação da fala); perseveração na fala (insistência em um mesmo assunto).

Quanto às competências metalinguísticas: consciência fonológica, leitura e escrita, Dias (2009) salienta que sempre vão ocorrer alguns déficits. Os achados avaliativos mais encontrados são:

- a) Alteração no processamento fonológico, manifestando-se em diversas competências linguísticas, sendo que uma delas é a dificuldade de consciência fonológica. As alterações vão variar dependendo do comprometimento da linguagem, mas nos quadros de TEA nível 1, o maior déficit apresenta-se nas provas fonêmicas (sendo que as tarefas de segmentação fonêmica, síntese fonêmica e as tarefas de transposição fonêmica são as que se apresentam com defasagem);
- b) Alteração nos processos de leitura, podendo ocorrer diferentes graus de alterações, desde a não decodificação (processo de reconhecimento da palavra escrita) da leitura até déficit leves, como leitura lenta. Nos quadros de TEA nível 1, segundo DIAS (2009), podem ocorrer adequação dos processos de reconhecimento visual e decodificação grafofonêmica, ou seja, são capazes

de converter as letras em seus respectivos sons, formando as palavras, mas mostram prejuízos dos processos quanto à entonação da leitura, respeito às regras de pontuação e na compreensão do que é lido. Quanto à compreensão, podem ocorrer desde a não compreensão total do assunto ou podem realizar uma leitura literal, sem interpretar abstrações, metáforas ou moral da história;

- c) Alteração nos processos de escrita, que também podem apresentar diferentes graus de alterações, desde a não apropriação da relação fonema/grafema (processo de reconhecimento dos grafemas) até déficit mais leves, como dificuldades em erros de pontuação. Nos indivíduos com TEA nível 1, muitas vezes pode ocorrer à codificação da escrita, isto é, converter os sons da fala em seus grafemas correspondentes, mas frequentemente apresentam dificuldades em estruturar uma redação, seguindo uma sequência lógica e estrutural e, quando o fazem, é de forma simples e com muita dificuldade de seguir regras de pontuação, estando abaixo do nível acadêmico em que se encontram (SCHWARTZMANN et al., 2011).

Ainda, ressalta-se que a avaliação fonoaudiológica é critério diferencial na avaliação diagnóstica dos casos de TEA, uma vez que, segundo o DSM-5 (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014), o procedimento de registro específica que os dados da avaliação da linguagem compreensiva e expressiva devem estar descritos separadamente e estar presentes no laudo diagnóstico do TEA.

3.4.5 Fisioterapia

O profissional da fisioterapia, dentro da equipe multiprofissional, visa avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor, coordenação motora grossa e fina, controle postural, tônus muscular, estereotípias motoras, imitação e praxia (planejamento motor) (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Segundo o DSM-5 (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014, p. 55), “[...] déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores atípicos (por exemplo: caminhar na ponta dos pés).”

A descrição do padrão de início do quadro de TEA pode incluir informações sobre atrasos precoces de desenvolvimento e, de forma menos frequente, perdas de habilidades motoras. Alguns indivíduos desenvolvem comportamento motor semelhante à catatonía (lentificação e congelamento em meio à ação). O transtorno de desenvolvimento da coordenação é uma comorbidade frequente em indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014).

Os achados avaliativos mais comumente encontrados no TEA são: atrasos nos marcos motores, padrões motores atípicos, alteração de tônus muscular, déficit de motricidade grossa e fina, comportamentos visuais atípicos, atenção visual pobre, contato visual pobre e respostas sensoriais atípicas (OZONOFF et al., 2008; VERNAZZ-MARTIN et al., 2005; GREEN et al., 2002; BERKELEY et al., 2001; GHAZIUDDIN; BUTLER, 1998; LEARY; HILL, 1996).

Outros autores como Bhat, Landa e Galloway (2011) também descrevem atraso nos marcos motores (incluindo a aquisição do supino, prono e habilidades de sentar), alteração de tônus muscular, reflexos anormais e assimetrias posturais em crianças com TEA. Para o segundo ano de vida, é verificado atraso da aquisição da marcha, observando um padrão de falta de contato do calcanhar, ausência de movimento recíproco dos braços e marcha cambaleante.

Ainda relatam que os prejuízos na imitação são parte de um amplo déficit na performance na sequência de movimentos complexos, denominado dispraxia, que é atribuído a um pobre planejamento sequencial motor (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Para a avaliação fisioterápica do indivíduo com TEA podem ser utilizados os seguintes instrumentos:

- a) ***Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)***: é um instrumento de avaliação aplicado em crianças a partir dos seis meses até sete anos e meio de idade, que possui o objetivo de fornecer uma descrição detalhada do desempenho funcional da criança, documentando suas mudanças longitudinais em três áreas funcionais: autocuidado, mobilidade e função social. Fornece também dados acerca do quão independente o paciente é ou se precisa da intervenção de cuidadores, bem como se utiliza alguma modificação no ambiente para facilitar seu desempenho.
- b) ***The developmental test of visual-motor integration (VMI)***: é um teste que avalia como os indivíduos integram suas habilidades visuais e motoras. Este teste pode ser aplicado em crianças de três a dezoito anos de idade (BEERY, 2010).
- c) ***Test of perceptual skills - (TVPS)***: avalia a percepção visual de indivíduos de quatro a dezoito anos e onze meses, por meio de sete habilidades perceptivas visuais, sendo elas: discriminação visual, memória visual, memória visual sequencial, relações visoespaciais, constância de forma, figura fundo e fechamento visual (MARTIN, 2006).
- d) ***Escala de Desenvolvimento motor de Peabody (Peabody Developmental Motor Scale 2 – PDMS-2)***: é composta por seis

subtestes que avaliam habilidades motoras grossa e fina de crianças de zero a cinco anos de idade.

- e) **Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (*Bruininks-Oseretsky test of motor performance – BOT*)**: o teste é dividido em um conjunto de tarefas que avaliam as habilidades motoras global e fina em indivíduos de quatro a 21 anos. Está estruturado em oito subtestes: precisão motora fina, integração motora fina, coordenação manual, coordenação bilateral, equilíbrio, velocidade de corrida e agilidade, força e coordenação dos membros superiores.
- f) **Programa de Avaliação Diagnóstica do Autismo – ADOS (*Autism Observational Schedules for infants*)**: protocolo padronizado de observação do comportamento, consta de um roteiro com oito tarefas apresentadas pelo examinador, contempla além da comunicação e da interação social, aspectos motores do comportamento.
- g) **Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS)**: instrumento de observação criado para avaliar a evolução do desenvolvimento dos recém-nascidos a termo e pré-termo a partir de 38 semanas de idade gestacional até os 18 meses de idade corrigida.
- h) **Mullen Scales of Early Learning (MSEL)**: Avalia a capacidade cognitiva e motora, apontando seus pontos fortes e fracos. Ideal para avaliar se a criança está pronta para a entrada na escola. Utilizada para crianças com idade entre zero e 68 meses.

3.4.6 Terapia Ocupacional

As características pertinentes ao TEA comprometem diferentes aspectos do desenvolvimento, resultando em incapacidades funcionais e disfunções ocupacionais em componentes, áreas e contextos de desempenho, os quais interferem na participação plena em atividades domésticas, da comunidade, escolares, laborais, de brincar e lazer, criando barreiras na aprendizagem de regras sociais, no desenvolvimento de relacionamento social, na funcionalidade e participação nos ambientes cotidianos.

As pobres habilidades das atividades de vida diária ainda estão relacionadas aos prejuízos na imitação, integrando um amplo déficit na performance da sequência de movimentos complexos, denominada dispraxia, caracterizada por dificuldade para planejar e executar um ato motor novo ou série de ações motoras e atribuída a um pobre planejamento sequencial motor (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Assim, pessoas com TEA podem apresentar como comorbidade o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC), caracteriza-

do por “[...] desajeitamento e inconsistência no desempenho de tarefas, coordenação motora pobre, problemas de ritmo e transferência de aprendizagem, declínio do desempenho com a repetição, tensão corporal e excesso de atividade muscular na execução de tarefas motoras”, o que resulta em dificuldade nas atividades de autocuidado, acadêmicas, de lazer, além de problemas de interação social (SELLER, 1995 apud MAZER et al., 2010, p. 75).

Também são amplamente documentados na literatura os déficit no processamento sensorial (TOMCHEK; DUNN, 2007). Referem-se às dificuldades no processamento e utilização de informações sensoriais (tátil, visual, gustativa, olfativa, auditiva, proprioceptiva e vestibular) para a regulação da natureza e intensidade das respostas fisiológicas, motoras, afetivas e/ou de atenção, as quais interferem na organização do comportamento e participação em atividades da vida diária (MACHADO et al., 2017).

Os estudos descrevem que as crianças e adolescentes com TEA respondem de forma diferente às experiências sensoriais quando comparadas à população neurotípica, apresentando transtorno de modulação sensorial, definida como dificuldades na regulação e organização da natureza e intensidade dos comportamentos em resposta a domínios específicos da entrada sensorial. Jasmin et al. (2009), utilizando escalas específicas, observaram na amostra de crianças com diagnóstico de TEA respostas sensoriais atípicas e pobres habilidades motoras e de vida diária.

Nesse ensejo, a avaliação terapêutica ocupacional em pessoas com TEA deve incluir a análise do desempenho e do comportamento, as quais perfazem: avaliar o nível do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como a capacidade funcional e/ou o desempenho ocupacional nas Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e nas atividades produtivas e de lazer; analisar os fatores fisiológicos, como a modulação e o processamento sensoriais que possam influenciar os comportamentos; identificar os comportamentos apropriados e os não adaptativos e suas influências ambientais; determinar os comportamentos fundamentais que formam a base para a aprendizagem; analisar quais variáveis promovem ou inibem o melhor desempenho, entre outros aspectos pertinentes (CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008).

Desta forma, recomenda-se que a avaliação seja processual, qualitativa e quantitativa, realizada de forma periódica, de modo a, inicialmente, realizar o diagnóstico terapêutico ocupacional e, no decorrer do tratamento, avaliar os resultados das intervenções.

A avaliação qualitativa pode ser feita por meio de entrevista, história de vida e observação clínica enquanto a avaliação quantitativa é realizada mediante a aplicação de instrumentos padronizados e sistematizados. De modo complementar, identificam atrasos neuropsicomotores,

incapacidades funcionais e disfunções ocupacionais em componentes, áreas e contextos de desempenho e favorecem o estabelecimento de um diagnóstico terapêutico ocupacional (ROCHA; BRUNELLO, 2011).

Entre as avaliações quantitativas, há as relacionadas aos contextos, às áreas e aos componentes de desempenho. Os exemplos fornecidos a seguir não são restritos à pessoa com TEA, mas seu uso pode ser adotado para essa população. A escolha dos instrumentos a serem adotados fica a critério de cada profissional e geralmente é feita a partir de sua experiência profissional, das informações obtidas na observação clínica e entrevista, da disponibilidade dos instrumentos, dentre outros fatores relevantes.

A avaliação do contexto de desempenho inclui instrumentos que avaliam a influência do ambiente no desempenho de tarefas e atividades significativas para o indivíduo:

- a) **Avaliação do ambiente:** Inventário HOME (*Home Observation for Measure of the Environment – HOME*);
- b) **Avaliações temporais:** Medida de Independência Funcional (MIF), *Functional Independence Measure for Children* (WeeFIM), Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br).

Por sua vez, a avaliação das áreas de desempenho inclui instrumentos de avaliação funcional:

- a) **Atividades da Vida Diária (AVD):** Escala de Comportamento Independente Revisada (*Scale of Independent Behavior - Revised SIB-R*), Índice de Funcionalidade Brasileiro – IF-Br, Medida de Independência Funcional (MIF), Escala do Comportamento Adaptativo (VINELAND), *Functional Independence Measure for Children* (WeeFIM);
- b) **Atividades escolares:** Avaliação da Função Escolar (*School Function Assessment - SFA*); Avaliação das Habilidades Motoras e de Processo – Versão Escolar (*Assessment of Motor and Process Skills School-AMPS*);
- c) **Brincar:** Histórico Lúdico; Escala Lúdica Pré-escolar modificada de Knox por Bledsoe e Shephard, Teste do Entretenimento, Escala de Brincar da Criança, Inventário para avaliação do lazer no adulto e *Symbolic and Imaginative Play Developmental Checklist*;
- d) **Desempenho ocupacional:** Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (*Canadian Occupational Performance Measure – COMP*), Sistema de Eficácia Percebida e Determinação de Metas – SEPDM (*Perceived Efficacy and Goal Setting System – PEGS*).

Por fim, a avaliação dos componentes de desempenho inclui instrumentos de avaliação de componentes que podem interferir no desempenho de atividade e tarefas rotineiras e papéis do indivíduo:

- a) **Integração Sensorial:** Teste de Integração Sensorial e Práxis (*Sensory Integration and Praxis Tests – SIPT*), Perfil Sensorial (*Sensory Profile*), Medida de Processamento Sensorial (*Sensory Processing Measure – SPM*), Observações estruturadas do desempenho motor em relação aos sistemas sensoriais, *Evaluation in Ayres Sensory Integration (EASI)*;
- b) **Integração viso-motora e perceptual:** Escala de Avaliação da Percepção Visual (*EAPV*), teste perceptual-motor de Kephart (*The Purdue Perceptual - Motor Survey – PPMS*);
- c) **Desenvolvimento infantil:** Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley segunda versão (*Bayley Scale of Infant Development – BSID-II*), Teste de Desenvolvimento de Denver II, Escala do Desenvolvimento do Comportamento da Criança, Avaliação Neurológica Infantil, Escala de Desenvolvimento Motor – EDM, Escala de Avaliação do Comportamento Infantil (*Behavior Rating Scale – BRS*), Exame Neurológico Rápido (*Quick/QNST*), Exame Neurológico Evolutivo;
- d) **Avaliação motora:** Teste de Desempenho Motor Infantil (*Test of Infant Movement Performance – TIMP*), *Movement Assessment Battery for Children – Movement ABC*, Teste de Desenvolvimento Motor Grosso segunda versão (*Test of Gross Motor Development – TGMD-2*), Questionário Brasileiro de Coordenação (*Developmental Coordination Disorder Questionnaire - DCDQ*), Avaliação da Coordenação e da Destreza Motora – ACOORDEM, *Toddler and Infant Motor Evaluation – TIME*;
- e) **Avaliação cognitiva:** Avaliação das Habilidades Motoras e Processuais (*Assessment of Motor and Process Skills – AMPS*).

A partir da análise das informações colhidas na avaliação qualitativa e dos dados obtidos na avaliação quantitativa, faz-se o estudo de caso junto à equipe multiprofissional, visando definir a impressão diagnóstica e o Plano de Atendimento Individualizado – PAI (CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008).

3.4.7 Profissionais da área médica

Faz parte da equipe multiprofissional o profissional médico, podendo ser da área clínica, psiquiátrica, pediátrica, genética ou neurológica. O diagnóstico médico é clínico, feito por meio de anamnese com pais e cuidadores e observação clínica dos comportamentos. Para isso, é neces-

sária uma avaliação completa do paciente, com perspectivas biológica, psicológica e de ordem cultural, entre outras afins, envolvendo o exame do estado mental e a história clínica. Testes neurológicos e exames de imagem são utilizados como auxiliares na avaliação, assim como exames físicos e laboratoriais para identificação e registro de comorbidades.

Apesar de ainda não existirem marcadores biológicos, estudos neurológicos clínicos e de tratamento apontam para um papel importante do neurotransmissor dopamina no desenvolvimento do autismo, evidenciando que a etiologia do autismo seja multifatorial. Estudos recentes sugerem desequilíbrios em vários sistemas neuroquímicos, primariamente o dopaminérgico e o serotoninérgico, como sendo relevantes para a fisiopatologia do autismo (BRESSAN et al., 2001). Diante da evidência da etiologia multifatorial, é este profissional que está apto para integrar os achados da equipe multiprofissional e colaborar com o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista com ou sem comorbidades.

Não existe, ainda hoje, tratamento medicamentoso para o TEA, não sendo possível intervir na interação social ou capacidade comunicativa. Nestas habilidades é consenso entre os especialistas o emprego de técnicas adequadas ao tratamento psicossocial e educacional. Em muitos casos, porém, há sintomas específicos que podem prejudicar bastante o rendimento e a funcionalidade desses indivíduos, como agitação psicomotora, agressividade, impulsividade e irritabilidade (BORDALLO; JULIO, 2014). Estudos mostram efeitos positivos significativos em sintomas comportamentais e funcionamento global, principalmente em casos mais graves e refratários (ANDERSON et al., 1989 apud SÃO PAULO, 2013).

3.5 OUTROS INSTRUMENTOS

Alguns instrumentos são de uso restrito a algumas categorias profissionais, no entanto, existem alguns protocolos que podem ser utilizados amplamente por profissionais da saúde, educação e alguns pelos próprios cuidadores. Alguns inventários são respondidos pelos próprios examinandos.

Alguns destes instrumentos podem auxiliar ou sugerir o diagnóstico, como o *Modified – Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) e o *Autism Behavior Checklist* (ABC), já citados em capítulos anteriores e que são consideradas escalas de rastreio de sinais e sintomas clínicos. No entanto, como o foco da avaliação diagnóstica não é apenas a classificação dos transtornos como entidades nosológicas, e sim a identificação da funcionalidade da pessoa com TEA naquele momento específico, utilizam-se instrumentos auxiliares com objetivos diferentes. Algumas destas ferramentas podem ser auxiliares na identificação da funcionalidade adapta-

tiva, outras são úteis para rastreamento da patologia de base e, algumas, até mesmo para pesquisa de alterações específicas que comumente surgem associadas ao Transtorno do Espectro Autista.

Uma escala amplamente utilizada para a avaliação de habilidades gerais é a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland de Sparrow, Balla e Cicchetti, pois oferece informações nas áreas de comunicação, autonomia, socialização e motricidade, através de uma entrevista estruturada que permite a inferência da maturidade funcional.

O Inventário de Comportamentos Para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos – Versão Brasileira do “Child Behavior Checklist for Ages 6-18” (CBCL/6-18) fornece informações importantes sobre o comportamento social da criança no ambiente familiar e escolar.

A Entrevista Diagnóstica de Autismo – ADI-R (LORD; RUTTER; LE COUTEUR, 1994) é uma entrevista semiestruturada, administrada aos pais ou cuidadores, composta por 93 itens, divididos em seis seções (informações gerais sobre o paciente e sua família; desenvolvimento precoce e os marcos do desenvolvimento; tríade de comprometimentos segundo os critérios do DSM-5; e problemas gerais de comportamento). Esta entrevista pode ser aplicada até a idade adulta (RUTTER; LE COUTEUR; LORD, 2003).

Outra escala de ampla aplicação é a *Childhood Autism Rating Scale* ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância – CARS. Trata-se de uma escala com 15 itens que auxilia o diagnóstico e identificação de crianças com autismo, além de ser sensível na distinção entre o autismo e outros atrasos no desenvolvimento. A sua importância é baseada na capacidade de diferenciar o grau de comprometimento geral do autismo entre leve, moderado e severo ao longo do período de desenvolvimento da pessoa com TEA, sendo sensível para a aferição dos resultados das intervenções reabilitatórias (MAGYAR; PANDOLFI, 2007; SCHOPLER; REICHLER; RENNERT, 1988). Sua aplicação é rápida e adequada a qualquer criança com mais de 2 anos de idade. Ela foi desenvolvida ao longo de um período de 15 anos, tendo como base 1500 crianças com autismo.

Cita-se, ainda, o Perfil Psicoeducacional Revisado – PEP-R (SCHOPLER et al., 1990), um instrumento advindo dos princípios do Programa TEACCH, que mensura a idade de desenvolvimento da criança, identificando padrões irregulares de aprendizagem. Este instrumento visa avaliar o desenvolvimento de crianças entre um e doze anos com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação, dentro de sete áreas (imitação, percepção, visuomotor, motricidade fina, motricidade grossa, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento cognitivo verbal), além de avaliar questões comportamentais relacionadas a aspectos sensoriais, relacionamento, relação com materiais e linguagem (LEON; BOSA; HUGO et al., 2004).

3.6 IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

A impressão diagnóstica é realizada com toda a equipe técnica presente, em um momento denominado “Estudo de Caso”, ocasião onde os membros da equipe interagem entre si compartilhando seus achados clínicos, bem como a definição dos encaminhamentos necessários, sejam eles na área educacional, clínico, reabilitatório ou socioassistencial.

Como os déficits no TEA ocorrem em diversas áreas de funcionamento, que estão no âmbito de diferentes áreas de atuação, o encontro da equipe multiprofissional no exercício da sua interdisciplinaridade, possibilita que todas as esferas de sintomas sejam avaliadas e analisadas quanto à necessidade e característica clínica de cada paciente.

Portanto, não basta simplesmente listar os sintomas nos critérios diagnósticos para estabelecer um diagnóstico. Embora a conferência sistemática da presença desses critérios e de como eles se aplicam a cada paciente assegure uma avaliação mais confiável, durante o Estudo de Caso a gravidade e o peso relativos de critérios individuais e sua contribuição para um diagnóstico são aferidos e exigem discernimento clínico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Para tanto, o diálogo interdisciplinar evita arbitrariedades conceituais e direciona seu objetivo final a uma formulação clínica de caso com informações contextuais e diagnósticas disponíveis para desenvolver um plano terapêutico abrangente.

3.7 ENTREVISTA DEVOLUTIVA

O evento mais importante do processo da avaliação diagnóstica – e seu consequente encerramento – é o denominado “Entrevista Devolutiva”. É a ocasião em que se convida a família para a comunicação do diagnóstico e dos encaminhamentos, para orientar quanto ao prognóstico e esclarecer sobre o nível de funcionalidade atual e as necessidades de apoio e supervisão que o examinando apresenta.

Neste momento, o profissional intenciona o entendimento e o apoio necessário para a família compreender e superar o impacto inicial destas novas informações no contexto de vida da criança e da família. É um processo dinâmico, pois, neste momento, família e profissional dialogam intensamente.

É também neste momento que a família encontra espaço para expor seus anseios e angústias e onde o profissional que está realizando a entrevista devolutiva busca realizar o adequado acolhimento, auxiliando nos esclarecimentos do que é real e o que é mito nas deficiências ou transtornos comunicados.

Na entrevista devolutiva, o profissional explicita como a família pode ser protagonista nos processos vindouros de reabilitação, garantido a adesão às intervenções clínicas reabilitatórias.

Quando disponível, as famílias devem ser inseridas em serviços de apoio familiar, a fim de garantir que os ganhos terapêuticos sejam expandidos para os ambientes não estruturados.

3.8 INTERVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOSES

A detecção precoce dos sinais do TEA é fundamental, pois, quanto antes o tratamento for iniciado, melhores serão os resultados em termos de desenvolvimento cognitivo, linguagem e habilidades sociais (McDOUGLE, 2016). Embora seja comum aos pais perceber alterações no desenvolvimento de seus filhos antes dos 24 meses, muitas vezes demoram a procurar por ajuda especializada, por isso, os profissionais da atenção básica, pais, professores e cuidadores têm papel fundamental na identificação inicial dos sinais e sintomas de risco para o TEA (MATSON; RIESKE; TUREK, 2011).

3.9 O PAPEL DA FAMÍLIA

A abordagem familiar é um dos aspectos principais para o êxito do tratamento. Isso se dá tanto na psicoeducação, no apoio psicológico aos pais e/ou cuidadores, como na instrumentalização para eles serem agentes terapêuticos (BORDALLO; JULIO, 2014).

Os familiares devem conhecer o diagnóstico e todas as possibilidades de intervenção, passando a exercer a função de “co-terapeutas” no processo reabilitatório. Importante lembrar que, conforme o paciente esteja apto a participar dessas decisões, ele deve passar a tomá-las conjuntamente com a família e equipe terapêutica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

ANDRADE, A. et al. **ABFW**: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. Barueri: PRO-FONO, 2004.

ANDERSON, M. S. et al. Isopentenyl diphosphate:dimethylallyl diphosphate isomerase. An improved purification of the enzyme and isolation of the gene from *Saccharomyces cerevisiae*. **J Biol Chem.**, [S.l.], v. 264, n. 32, p. 19169-19175, 1989.

ASSUMPCAO, J. R. et al. Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas artísticas. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, [S.l.], 1999.

BATISTA, A. O. et al. **Pró-Ortografia**: protocolo de avaliação da ortografia para escolares do segundo ao quinto ano do ensino fundamental. Editora: Pró-Fono, 2014.

BEERY, K. **The Beery-Buktenica developmental test of visual-motor integration**. 4. ed. [S.l.]: Modern Curriculum Press, 2010.

BERKELY, S. L. et al. Locomotor and object control skills of children diagnosed with autism. **Adapted Physical Activity Quarterly**, [S.l.], v. 18, p. 405-416, 2001.

BHAT, A. N.; LANDA, R. J.; GALLOWAY, J. C. Current perspectives on motor functioning in infants, children, and adults with autism spectrum disorders. **Phys. Ther.**, [S.l.], v. 91, p. 1116-1129, 2011.

BORDALLO, F. C. T.; JULIO, A. D. Tecnologias assistivas na educação de crianças autistas. **CONGRESO IBEROAMERICANO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA, INNOVACIÓN Y EDUCACIÓN**. Buenos Aires, nov. 2014.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRESSAN, R. A. et al. Typical antipsychotic drugs - D2 receptor blockade and depressive symptoms in schizophrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, suppl.1, 2001.

CASE-SMITH, J.; ARBESMAN, M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. **Am. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 62, n. 4, p. 416-429, 2008.

COSTA, M. I. F.; NUNESMAIA, H. G. S. Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, [S.l.], v. 56, n. 1, 1998.

COUTINHO, G.; MATTOS, P.; ABREU, N. Atenção. In: MALLOY-DINIZ, L. F. et al. **Avaliação neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 86-93.

CUETOS, F. et al. **PROLEC**: provas de avaliação processos de leitura. 3. ed. [S.l.]: Editora Casa do Psicólogo, 2014.

DIAS, K. Z. et al. Avaliação da linguagem oral e escrita em sujeitos com Síndrome de Asperger. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, mar. 2009.

DUCHESNE, M.; MATTOS, P. Normatização de um teste computadorizado de atenção visual. **Arq. Neuropsiquiatria**, [S.l.], 1997.

FARIAS N.; BUCHALLA C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Ver. Brás. Epidemiol.**, [S.l.], v. 8, p.187-93, 2005.

FERNANDES, F. D. **Fonoaudiologia em distúrbios psiquiátricos da infância**. São Paulo: Lovise; 1996.

FERNANDES, F. D. M. Sistematização de dados referentes à atuação fonoaudiológica em hospital-dia infantil: o desempenho sócio-cognitivo. **Revista de Atualização Científica**, [S.l.], v. 12, p. 10-16, 2000.

FIGUEIREDO, V. L. M.; NASCIMENTO, E. Desempenhos nas duas tarefas do subteste Dígitos do WISC-III e do WAIS-III. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.l.], 2007.

FORTE, L. K.; SCARPA, M. L.; KUBOTA, R. S. **APET: análise da produção escrita de textos**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2014.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. B. (Ed.). **Denver II technical manual**. Denver: Denver Developmental Materials Inc., 1990.

FROST, L. A.; BONDY, A. S. **The picture exchange communication system training manual**. 2. ed. Newark, DE: Pyramid Educational Products, 2002.

GENARO, K. F. et al. Avaliação mio funcional orofacial: protocolo MBGR. **Revista CEFAC**, [S.l.], 2009.

GHAZIUDDIN, M.; BUTTER, E. Clumsiness in autism and Asperger syndrome: a further report. **Journal of Intellectual Disability Research**, [S.l.], n. 42, parte 1, p. 43–48, 1998.

GIL, R. **Neuropsicologia**. São Paulo: Santos, 2005.

GREEN, D. B. G. et al. The severity and nature of motor impairment in Asperger's syndrome: a comparison with specific developmental disorder of motor function. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [S.l.], v. 43, n. 5, p. 655–668, 2002.

HOGAN, T. P. Avaliação neuropsicológica. In: _____. **Introdução à prática de testes neuropsicológicos**. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

JASMIN, E. et al. Sensori-motor and Daily Living Skills of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. **J. Autism. Dev. Disord.**, [S.l.], v. 39, p. 231–241, 2009.

KANDEL, R.; SCHWARTZ, H.; JESSELL, M. **Fundamentos da neurociência e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000.

LEARY, M. R.; HILL, D. A. Moving on: autism and movement disturbance. **Mental Retardation**, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 39–53, 1996.

LEITE, S. A. da S. **IAR - Instrumento de avaliação do repertório básico para a alfabetização**. 3. ed. São Paulo: Edicon, 2015.

LEITE ROMERO, A. C. et al. Avaliação audiológica comportamental e eletrofisiológica no transtorno do espectro do autismo. **Revista CEFAC**, [S.l.], maio/jun., 2014.

LEON, V. de; BOSA, C.; HUGO, C. et al. Propriedades psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. **Aval. Psicol.**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 39-52, jun. 2004.

LORD, C.; RUTTER, M.; LE COUTEUR, A. Autism diagnostic interview-revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], 1994.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Revista de Psiquiatria**, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 221-229, 2008.

MACHADO, A. et al. Processamento sensorial no período da infância em crianças nascidas pré-termo: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, 2017.

MAGYAR, C. I.; PANDOLFI, V. Factor structure evaluation of the childhood autism rating scale. **J. Autism. Dev. Disord.**, [S.l.], 2007.

MARTIN, N. **Test of visual perceptual skills**. 3. ed. Novato: Academic therapy publications, 2006.

MATEUS, M. M. R. **O assistente social da criança autista e sua família**. Portugal. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2015.

MATSON, J. L.; RIESKE, R. D.; TURECK, K. Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: review of available instruments. **Research in Autism Spectrum Disorders**, [S.l.], v. 5, n. 4. p. 1319-1326, 2011.

MAZER, E. P; DELLA BARBA, P. C. S. Identificação de sinais de Transtornos do Desenvolvimento da Coordenação em crianças de três a seis anos e possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional. **Rev. Ter. Ocup, Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2010.

MCDUGLE C. **Autism spectrum disorder**. [S.l.]: Oxford University Press, 2016.

MENEZES, M. L. N. **ADL: avaliação do desenvolvimento da linguagem**. São Paulo: Pró-Fono, 2004.

MOOJEN, S. et al. **CONFIAS – Consciência Fonológica**: instrumento de avaliação sequencial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

OLIVEIRA, M. **Figuras complexas de Rey**: teste de cópia e de reprodução de memórias de figuras geométricas complexas: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. **CID -10**. 9. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2003.

OZONOFF, S. et al. Gross motor development, movement abnormalities, and early identification of autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], 2008.

REY, A. **Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas**: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROCHA, E. F.; BRUNELLO, M. I. B. Avaliação Qualitativa em Terapia Ocupacional: princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional**: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

RUTTER, M.; LE CORTEUR, A.; LORD, C. **Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)**: manual. Los Angeles: Western Psychological Services, 2003.

SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: Ed. SEDPcD, 2013.

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

SEABRA, A. G.; CAPOVILLA, C. C. **Prova de consciência sintática**. In: SEABRA, A. G.; DIAS, N. M. **Avaliação neuropsicológica cognitiva: linguagem oral**. São Paulo: Memnon, 2012.

SEDÓ, M.; DE PAULA, J. J.; MALLOY-DINIZ, L. F. **O teste dos cinco dígitos**. São Paulo: Hogrefe, 2015.

SPARROW, S. S.; BALLA, D. A.; CICHETTI, D. V. **Vineland adaptive behavior scales**. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1984.

STEIN, L. M. **TDE - Teste de Desempenho Escolar**: manual para aplicação e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1994.

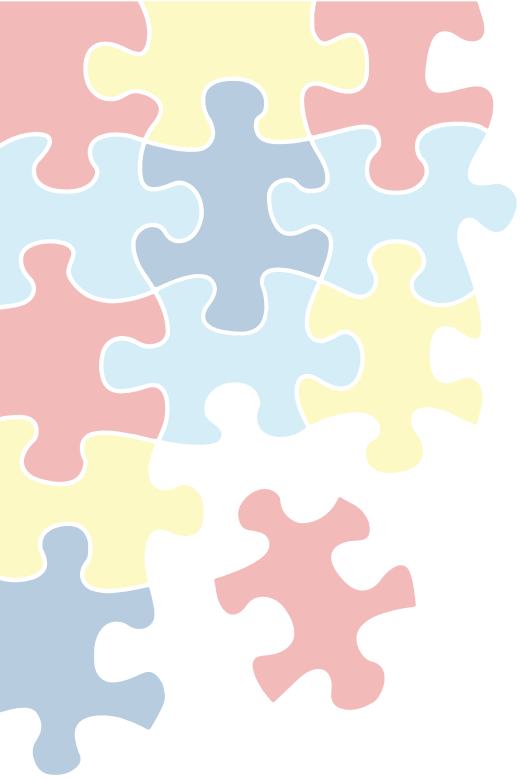
TOMCHEK, S.; DUNN, W. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. **The American journal of occupational therapy**, [S.l.], 2007.

VELLOSO, R. I. et al. Protocolo de avaliação diagnóstica multidisciplinar da equipe de transtornos globais do desenvolvimento vinculado à pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 9-22, 2011.

VERNAZZ-MARTIN, S. et al. Goal directed locomotion and balance control in autistic children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 35, n. 1, p. 91-102, 2005.

WECHSLER, D. **Escala Weschsler de inteligência para crianças: WISC-IV**. Manual Técnico. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

ZORZI, J.; HAGE, S. R. V. **Protocolo de observação comportamental: avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis**. São José dos Campos: Pulso, 2004.



4 HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO

Ana Carolina Rodrigues Savall

Caroline de Souza Mattos

Deise Fortkamp

Katia Helena Pereira

Livia Ferreira

Marcelo Dias

Mariele Finatto

Rana Malva Medeiros dos Santos

Solange Kretschmann

Segundo os preceitos do Relatório Mundial sobre a Deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012), a habilitação e a reabilitação referem-se a um conjunto de medidas que auxiliam as pessoas com deficiência, ou na iminência de adquiri-las, a obterem e/ou manterem funcionalidade ideal na interação com o seu ambiente. Preconiza-se que essas medidas se iniciem logo após o diagnóstico, permaneçam durante a infância com ênfase no desenvolvimento de habilidades de base, e estenda-se, quando necessário, por toda a vida do indivíduo, voltadas à inserção social (BRASIL, 2015).

Consistem em intervenções orientadas às funções e estruturas corporais, atividades e participação, fatores ambientais e pessoais, de modo a promoverem ao máximo as diversas capacidades do indivíduo (física, psíquica, cognitiva, social e vocacional), favorecendo a independência, autonomia, qualidade de vida, promoção da saúde e a inclusão em todos os aspectos da vida.

Nesse contexto, compreendem serviços e programas, com intervenções simples ou múltiplas, baseadas em avaliações multidisciplinares, preferencialmente feitas a partir de instrumentos padronizados e validados, e em práticas baseadas em evidências científicas, realizadas por um profissional ou equipe multiprofissional.

Embora haja distinção entre as intervenções, uma vez que a habilitação consiste em auxiliar as pessoas com deficiências congênitas ou adquiridas na primeira infância a desenvolver sua máxima funcionalidade, enquanto a reabilitação visa o auxílio às pessoas que tiveram perdas funcionais a readquiri-las, neste documento ambas são compreen-

didadas dentro do escopo da reabilitação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Ao considerar as características do TEA, a reabilitação dessas pessoas contempla os aspectos inerentes ao diagnóstico, bem como as especificidades de cada indivíduo, identificadas na avaliação dos diferentes profissionais envolvidos no atendimento da pessoa com TEA.

Entre seus objetivos, almeja favorecer situações que propiciem formar e fortalecer a interação social, emergir e aprimorar a linguagem, desenvolver as habilidades motoras, bem como proporcionar uma diversidade de experiências sensoriais que favoreçam a integração e a modulação de respostas emocionais e comportamentais adequadas.

4.1 NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA CRIANÇAS COM INDICATIVOS DE TEA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza e recomenda a detecção – por meio de ações de vigilância do desenvolvimento infantil –, e a intervenção, ambas realizadas de forma precoce e adequada, de modo a prevenir os problemas de base e/ou as consequências advindas dos mesmos, potencializando o desenvolvimento infantil e favorecendo o prognóstico.

No que se refere ao TEA, as pesquisas apontam que um grande entrave relacionado à assistência a essa população consiste na dificuldade em detectar precocemente e na falta de intervenções subseqüentes, o que determina um prognóstico desfavorável e dificulta o processo adaptativo (FILHA, 2016; BRITES, 2015). Estudos mostram que a primeira suspeita de haver algum problema no desenvolvimento infantil é feita pela família entre um ano e meio e dois anos de idade enquanto o diagnóstico acontece somente próximo aos quatro anos. Ademais, as famílias deparam-se com entraves no itinerário terapêutico quanto ao encaminhamento e ingresso nos serviços de reabilitação (SACREY et al., 2015; SILVA, MULICK, 2009; HERNÁNDEZ et al., 2005).

Silva e Mulick (2009) pontuam que muitas crianças com TEA, especialmente no Brasil, permanecem por anos sem serem diagnosticadas ou recebem diagnósticos inadequados, embora verifiquem que há avanços na identificação de sinais de risco para o TEA, o que pode acontecer entre seis e doze meses de vida. Cabe ressaltar que a partir do ano de 2017, é obrigatório no Brasil a aplicação de algum instrumento para facilitar a detecção de risco para o desenvolvimento psíquico em consulta pediátrica de acompanhamento da criança nos primeiros dezoito meses de vida (BRASIL, 2017).

A detecção e a intervenção precoces evitam ou reduzem a sintomatologia do transtorno, auxiliam na redução dos prejuízos e de suas consequências, permitem consolidar as habilidades e pré-requisitos para os processos de escolarização, inserção social e laboral, como também possibilitam o uso de métodos e modelos nas fases adequadas (BRITES, 2015).

O Brasil, como signatário da OMS, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), cuja principal diretriz é o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Por sua vez, para melhorar a atenção e intensificar a detecção precoce do TEA, o Ministério da Saúde estabeleceu uma linha de cuidado para a atenção às pessoas com TEA e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS) e fixou as diretrizes de atenção à reabilitação, visando ampliar o acesso e a qualificação da atenção à pessoa com TEA (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

4.2 REDE DE APOIO À PESSOA COM TEA

A rede de apoio, formada pela equipe de saúde da família, escola, trabalho, assistência social e serviço de reabilitação, é fundamental desde o momento do diagnóstico e durante todo o processo de intervenção da pessoa com TEA.

Os profissionais da atenção primária à saúde e da comunidade escolar que realizam o acompanhamento do desenvolvimento infantil muito frequentemente identificam os sinais indicativos do TEA. São eles também que informam a família/responsáveis e encaminham para triagem e/ou avaliação diagnóstica nas instituições especializadas. A partir da suspeita diagnóstica, o médico psiquiatra ou neurologista infantil ou ainda a equipe multiprofissional que realizou a avaliação deve encaminhar a família para os diferentes serviços disponíveis na rede, incluindo o serviço de reabilitação.

No que se refere à oferta pública de serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, em 2011 foi instituída a Rede de Apoio Psicossocial – RAPS (Portaria GM/MS n. 3.088, de 23/12/2011) e, no ano de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012). Estes dispositivos, viabilizados pelo Ministério da Saúde, buscam garantir o acesso à atenção psicossocial por meio dos Centros de Apoio Psicossocial – CAPS e à reabilitação nos Centros Especializados de Reabilitação – CER.

Face às especificidades do TEA e ao aumento da incidência deste transtorno no Brasil, no ano de 2015 o Ministério da Saúde publicou um documento que define a linha de cuidado para a atenção às pessoas

com TEA e suas famílias, com objetivo de ampliar o acesso e a qualificação da atenção a essa população (BRASIL, 2015a).

Ainda no que diz respeito à oferta gratuita dos serviços de atendimento, há instituições públicas estaduais, municipais e também organizações não governamentais como as APAEs e AMAs com unidades em todo o Brasil. Além destas, no estado de Santa Catarina existe também a Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE.

Os serviços de reabilitação são parte essencial da rede de apoio e, em colaboração com os demais componentes desta rede, devem priorizar ações que favoreçam o desenvolvimento das capacidades do indivíduo nas diferentes etapas da vida, visando à plena inclusão nos âmbitos familiar, escolar, da comunidade e do mercado de trabalho. Neste sentido, a rede de apoio deve garantir o atendimento articulado entre os diferentes atores envolvidos no processo.

4.3 INGRESSO E ACOLHIMENTO

As instituições que prestam serviços de reabilitação geralmente possuem estrutura e critérios próprios para o ingresso no atendimento. Algumas delas possuem centro/setor ou equipe multiprofissional responsável pela avaliação diagnóstica, enquanto outras recebem o indivíduo a partir de um diagnóstico previamente realizado.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde e essencial em todos os serviços de atendimento (BRASIL, 2010). Constitui uma prática complexa e contínua que abrange todos os profissionais que atuam no serviço de reabilitação em seu envolvimento com o sujeito. Devido a sua importância, é fundamental que todos os serviços de atendimento instituem e desenvolvam esta prática.

Recomenda-se que o acolhimento inicial aconteça assim que a pessoa ingressa no serviço de reabilitação, através de encontro entre um ou mais profissionais da equipe e a pessoa com TEA e/ou família. Consiste em um momento privilegiado de compartilhamento de informações, onde as pessoas acolhidas trazem um pouco de sua história, suas demandas e dúvidas, e o profissional apresenta o serviço e responde aos questionamentos iniciais.

A prática do acolhimento não se encerra no primeiro encontro. Ela perdura por todo o período de intervenção, envolve todos os profissionais que atuam no processo reabilitatório com o objetivo de acolher novas demandas, identificar mudanças e, a partir delas, adequar o PAI (Plano de Atendimento Individualizado), no intuito de melhor atender

às expectativas e necessidades dos sujeitos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BRASIL, 2010).

Para a sua efetividade, é importante que os profissionais tenham uma “escuta ativa” capaz de reconhecer as necessidades, potencialidades e angústias, tanto da pessoa com TEA quanto de sua família. Adota-se uma postura acolhedora que favoreça a construção do vínculo terapêutico, fundamentado na identificação entre o sujeito e os profissionais que com ele atuam (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; BRASIL, 2010).

4.4 AVALIAÇÃO

Após o acolhimento da pessoa com TEA e de sua família, a equipe inicia o processo de avaliação. Neste momento, este procedimento não tem como objetivo o diagnóstico, mas conhecer o potencial, limitações, realidade familiar e comunitária da pessoa com TEA e sua família, com vistas a traçar o PAI com ações pertinentes às peculiaridades de desenvolvimento da pessoa com TEA.

Esta avaliação deve ser realizada por todas as áreas envolvidas no serviço, de modo a proporcionar que a pessoa com TEA tenha sua singularidade observada pelos diferentes profissionais. É a partir desta avaliação que os profissionais identificam, por meio das diversas ferramentas disponíveis, os principais aspectos a serem abordados nas intervenções em diferentes perspectivas e áreas.

Esta prática está em consonância com as orientações do Ministério da Saúde (2015), que traz o conceito de integralidade como fundamento para a intervenção. É necessário que a equipe envolvida no atendimento à pessoa com TEA planeje suas ações a partir da visão do sujeito como integral, que se apresenta com uma multiplicidade de demandas.

O principal aspecto da avaliação refere-se à funcionalidade e não à classificação diagnóstica, realizada previamente. O processo avaliativo tem por foco as capacidades e potencialidades do indivíduo com TEA, a partir de sua participação em atividades em diversos contextos, remetendo-se à CIF, classificação de ampla utilização internacional pela comunidade científica. Para os fins deste documento, aplica-se como um referencial clínico, além de suas finalidades sociais, pedagógicas e políticas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Destaca-se ainda a necessidade de utilizar instrumentos e ferramentas de avaliação pertinentes a cada área profissional e recomenda-se o uso direcionado a averiguar as limitações e potencialidades do indivíduo nos espaços que circula. Assim, a atenção do profissional deve estar direcionada à funcionalidade, seja qual for a ferramenta escolhi-

da. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (2012) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) atentam para a necessidade de ampliar o olhar para a pessoa com deficiência, incluindo o TEA, para além do seu diagnóstico, orientação que deve ser ressaltada ao longo do processo avaliativo.

Somente por meio da avaliação criteriosa é possível conhecer o sujeito a ponto de, a partir do estudo de caso, construir o PAI. Algumas sugestões de instrumentos reconhecidos pela comunidade científica úteis na avaliação da pessoa com TEA estão citados no capítulo referente à avaliação diagnóstica deste documento.

4.5 PLANO DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO (PAI)

O Plano de Atendimento Individualizado (PAI) é um instrumento dinâmico que norteia a intervenção terapêutica, construído em conjunto pelos profissionais que atuam com a pessoa com TEA. Nele, são definidos os objetivos, o modelo e as ferramentas de abordagem, bem como a necessidade de aproximação da rede de apoio que possa auxiliar na intervenção, como: visita domiciliar, reuniões com a escola, serviços comunitários de apoio, CAPS, unidades básicas de saúde, entre outros.

Devem ser consideradas as características individuais, bem como as demandas específicas de cada momento durante a intervenção, de forma a contemplar a integralidade do sujeito em atendimento. Como um instrumento dinâmico, o PAI exige reavaliação periódica com vistas a analisar as novas demandas e readequar as estratégias.

A proposição de um instrumento como este está em consonância com diversos estudos e documentos publicados, incluindo o Projeto Terapêutico Singular (PTS), conceito adotado pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2013).

4.6 ESTUDO DE CASO

Ao considerar a complexidade das demandas e a necessidade de um olhar interdisciplinar para a intervenção com o indivíduo com TEA, propõe-se a realização do estudo de caso como parte da rotina. Assim, diferente do estudo de caso disposto no capítulo 3 deste documento, realizado com o objetivo de definir a impressão diagnóstica, aqui esta ferramenta é utilizada com o intuito de nortear o processo reabilitatório.

Desta forma, objetiva a discussão, troca de experiências, tomada de decisão e encaminhamentos por parte dos profissionais da equipe de atendimento e é considerada uma ação fundamental que permite que a

equipe lance um olhar coletivo sobre as singularidades do sujeito (BRASIL, 2015). A pluralidade de visões somadas às informações coletadas em cada avaliação oferecem a matéria-prima necessária para que seja elaborado o Plano de Atendimento Individualizado.

Para fins de operacionalização, orienta-se que um profissional assuma a responsabilidade pela coordenação do estudo de caso, de forma a centralizar as informações em documento único construído pela equipe e verificar a efetivação dos encaminhamentos estabelecidos.

O estudo de caso é processual e pode ocorrer em três momentos, no início, durante e ao final do processo reabilitatório. Seu principal objetivo é estabelecer o Plano de Atendimento Individualizado (PAI). Neste, são estabelecidos os profissionais que prestarão atendimento direto à pessoa com TEA e definidos os encaminhamentos, como por exemplo: assessoria com os profissionais de apoio, orientações familiares, visita domiciliar, assessoria escolar, entre outros.

Pode ser realizado em periodicidade especificada com o objetivo de (re) avaliar os resultados obtidos pelo processo reabilitatório, ajustar ou manter as ações estratégicas e terapêuticas, podendo resultar em adequações no PAI. Também pode ser realizado para sanar demandas inesperadas que emergem ao longo do processo de reabilitação, como, por exemplo, nos casos de desligamento, transferência, mudança na dinâmica familiar, alta, entre outros.

Cabe ressaltar que no estudo de caso são discutidas ações dentro e fora do serviço de reabilitação, incorporando a rede de atenção ao escopo de atuação dos profissionais (BRASIL, 2015).

4.7 ESTRUTURA DE INTERVENÇÃO

A intervenção no TEA geralmente é realizada por equipe multiprofissional, que pode atuar em abordagens multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar (BRASIL, 2015; SANTA CATARINA, 2015; BRASIL, 2014; SÃO PAULO, 2013).

A primeira caracteriza-se por profissionais de várias especialidades que atuam de forma independente em todos os aspectos relacionados à reabilitação; a segunda configura-se por profissionais de diferentes especialidades que compartilham as tomadas de decisões em relação ao tratamento, embora o tratamento em si, bem como a sua evolução, sejam conduzidos de forma independente; e, por fim, a terceira é delimitada por profissionais de distintas especialidades que compartilham, não somente as tomadas de decisões, mas o planejamento e a execução do tratamento (RAINVILLE et al., 1995).

Enquanto no atendimento privado é comum encontrarmos a abordagem multidisciplinar, onde os pais/responsáveis contratam, independentemente, os diferentes profissionais, nas instituições públicas ou organizações não governamentais frequentemente é realizada a abordagem interdisciplinar. Neste documento, salienta-se a importância da atuação voltada às pessoas com TEA por meio de equipe multiprofissional em abordagens inter e transdisciplinares.

Tendo em vista as características do TEA, propõe-se uma equipe multiprofissional constituída por profissionais da Educação Especial, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, em atendimentos de estimulação precoce e reabilitação. Ressaltamos a importância de outros profissionais como equoterapeuta, cinoterapeuta, musicoterapeuta, arteterapeuta, entre outros na composição da equipe.

4.8 SERVIÇOS/PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Vários estudos internacionais apontam que as intervenções devem iniciar precocemente, antes dos dois anos de idade, para as crianças com indicativos de TEA (GORDON, 2009; ZACHARY et al., 2011; BRADSHAW et al., 2014).

As intervenções de estimulação precoce têm seus fundamentos na neuroplasticidade, que pode ser definida como a capacidade de reorganização do mapeamento cerebral em resposta ao uso e a experiência. Este fenômeno, apesar de permanecer por toda a vida do indivíduo, é mais expressivo durante o desenvolvimento cerebral infantil, quando os neurônios estão mais aptos a formar novas conexões a partir da experiência e do aprendizado (MANDKUR, 2005; KOLB, 2011).

É um fato conhecido e amplamente divulgado que os primeiros dois anos de vida da criança são marcados por rápidas mudanças e pelo surgimento de habilidades sociais, cognitivas e de linguagem, o que torna este período especialmente importante para a intervenção. Este fato reforça a necessidade de atenção para os sinais de risco para o TEA e a importância da detecção precoce (WEEB et al., 2014).

Em geral, os serviços de estimulação precoce atendem as crianças a partir de zero ano de idade. Não há consenso a respeito de até que idade contemplar, sendo o mínimo verificado até os três anos e o máximo, até seis anos de idade. Recomenda-se que a estimulação precoce atenda crianças de zero a seis anos de idade, conforme exposto no Programa Pedagógico elaborado pelas Secretarias de Estado da Educação – SED e Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE (SANTA CATARINA, 2009).

É importante destacar que, em serviços até seis anos, a estimulação precoce, entre as crianças de quatro a seis anos, deve ser ofertada no contraturno do horário escolar, considerando a obrigatoriedade da escolarização nesta faixa etária, com exceção às crianças que, “[...] em função das condições específicas [...], não for possível a sua integração nas classes comuns do ensino regular.” (BRASIL, 1996, p. 22).

Nos serviços públicos e em instituições não governamentais, a estimulação precoce geralmente é prestada por equipe multiprofissional, em abordagens interdisciplinar ou transdisciplinar, por meio de atendimento individual ou em grupo, ofertado por um ou mais profissionais simultaneamente. Em relação à duração, recomenda-se um mínimo de duas vezes por semana, com carga horária variando conforme o número de intervenções profissionais e necessidades da criança, geralmente definida no PAI.

Ao atingir a idade máxima para a estimulação precoce e havendo a necessidade de continuidade do atendimento, a criança é encaminhada para reabilitação.

A partir dos seis anos de idade, as crianças com TEA que ainda apresentam dificuldades em várias áreas (motora, linguagem, psicossocial, ocupacional) podem participar de um serviço de reabilitação com equipe multiprofissional. Para aquelas com dificuldades em área específica, recomenda-se atendimento ambulatorial.

4.9 ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO

Diferentes abordagens podem ser utilizadas nas intervenções para pessoas com TEA. Devem ser definidas pela equipe seguindo as práticas baseadas em evidências, as quais são fundamentadas em pesquisas científicas, na expertise profissional e na singularidade da pessoa a ser atendida, descaracterizando a aplicação do senso comum na abordagem terapêutica e educacional da pessoa com TEA.

A escolha do método a ser utilizado no tratamento e a avaliação periódica de sua eficácia devem ser feitas de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informações adequadas quanto ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como favorecendo a implicação e a corresponsabilidade no processo de cuidado à saúde (BRASIL, 2014, p. 63).

Algumas abordagens podem ser utilizadas no processo terapêutico e educacional da pessoa com TEA pelos diferentes profissionais

que compõem a equipe, enquanto outras são específicas de alguma área profissional.

4.9.1 Naturalistic Intervention (NI)

São estratégias de intervenção que ocorrem dentro do ambiente natural da pessoa com TEA. Podem ser consideradas a modificação do espaço físico, a estruturação de atividades, a utilização de rotinas, favorecendo o aprendizado da habilidade ou comportamento almejado.

4.9.2 Treinamento de Habilidades Sociais (SST)

Consiste em proporcionar à pessoa com TEA instrução individual ou em grupo, ensinando maneiras adequadas de interagir com os pares, seja através da prática de comunicação, jogo ou habilidades sociais.

4.9.3 Applied Behavior Analysis (ABA ou Análise do Comportamento Aplicada)

ABA é um modelo de intervenção, caracterizado pela análise criteriosa do comportamento humano para desenvolvimento de estratégias de intervenção com vistas a prevenir e remediar comportamentos não adaptativos, lidar com excessos comportamentais e aprender comportamentos que ampliem a funcionalidade (LINDGREN; DOOBAY, 2011; HOWLIN, 2010; MORRIS, 2009; HORA, 2015). As principais publicações recomendam que a terapia seja realizada na frequência de 15 a 40 horas semanais, conforme sua aplicação seja feita em programas educacionais ampliados ou terapia individual (LINDGREN; DOOBAY, 2011).

4.9.4 Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH®)

O programa TEACCH é uma moldura que pode ser aplicado a pessoas de todas as faixas etárias. Dentro desta “moldura” podem aparecer diferentes serviços e abordagens, como fonoaudiologia, pedagogia, terapia ocupacional, educação especial, psicologia, equoterapia, entre outras. Seu principal objetivo é ajudar a pessoa com TEA a se desenvolver com autonomia e independência. Sua aplicação deve ser adaptada a diferentes níveis de funcionamento e levar em consideração as necessidades individuais de cada pessoa.

O TEACCH® é um modelo de intervenção que, por meio de uma “estrutura externa”, organização de espaço, materiais e atividades, permite criar mentalmente “estruturas internas” que

devem ser transformadas pela própria criança em estratégias e, mais tarde, automatizadas (...). Uma das abordagens mais recomendadas para ensinar pessoas com autismo é aquela que usa apoios visuais. (...) Figuras, objetos e pistas escritas podem ajudar os alunos a aprender a comunicar e a desenvolver autocontrole, orientando-os na organização e na previsibilidade. (FONSECA; CIOLA, 2016, p. 20).

Importante compreender que o TEACCH não é mais entendido como um método, baseado em princípios rígidos e padronizados para todas as pessoas com TEA. A partir de 2005, foi reformulado, passando a ser um programa que perpassa todas as etapas da vida, incluindo princípios flexíveis centrados na pessoa (FONSECA; CIOLA; 2016).

4.9.5 Modelo Precoce de Denver (*Early Start Denver Model - ESBDM*)

O Modelo Precoce de Denver, descrito como uma intervenção precoce, integra os princípios da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) à abordagem desenvolvimental e àquela centrada no relacionamento interpessoal. O ESBDM foi desenvolvido para atender às necessidades de crianças pequenas com TEA desde o primeiro ano de vida.

As intervenções acontecem no ambiente natural da criança e são desenvolvidas por terapeutas treinados que atuam através de jogos e brincadeiras, considerando a sequência do desenvolvimento infantil típico. Nas intervenções, são utilizadas estratégias baseadas no ABA, como por exemplo o “condicionamento operante”, a “modelagem” e o “encadeamento de trás para frente”. Neste método, os pais são ensinados a agir com a criança no cotidiano e atuam em parceria com os terapeutas (DAWSON et al., 2010).

4.9.6 *Developmental, Individual Difference, Relationship-based (DIR®/ Floortime™)*

É um modelo de estrutura interdisciplinar de intervenção que permite a clínicos, família e educadores avaliar e intervir sobre as questões que permeiam o desenvolvimento da criança com autismo de maneira integral, considerando sua singularidade, seu perfil de desenvolvimento e suas características familiares (HESS, 2013). Seus elementos centrais são: seguir a liderança da criança na brincadeira; desafiá-la a ser mais espontânea e criativa e expandir ações e interações para incluir a maioria dos sentidos, habilidades motoras e diferentes emoções. Assim, espera-se que ao longo da brincadeira a criança pratique habilidades básicas de

pensamento e as desenvolva como, por exemplo, pensamento simbólico, lógica, entre outras (*THE GREENSPAN FLOORTIME APPROACH*, 2017).

4.9.7 Terapias/programas com foco na comunicação

Alguns comportamentos não adaptativos apresentados pelas pessoas com TEA estão frequentemente ligados a habilidades de comunicação muito limitadas. A partir disso, surgiram intervenções focadas na comunicação, com vistas a ampliar as possibilidades de compreensão e expressão da pessoa com TEA.

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) emerge como importante ferramenta terapêutica, sendo que seus principais resultados publicados estão concentrados em intervenções que utilizam o Picture Exchange Communication System (PECS ou Sistema de Comunicação por Troca de Figuras) (LINDGREN; DOOBAY, 2011; HOWLIN, 2010; VIR-TUES-ORTEGA et al., 2013).

O PECS refere-se a níveis ou sequência de estágios, pelos quais a pessoa com TEA avança. A pessoa atendida é incitada a realizar pedidos com uma figura no início, culminando na realização de comentários espontaneamente com os recursos do programa em seu estágio avançado (HOWLIN, 2010; PECS-BRAZIL, 2017). É fundamental que os profissionais da equipe recebam capacitação específica para realizar este tipo de intervenção.

4.9.8 Intervenções focadas nas interações entre pais e crianças com TEA

Tais intervenções podem ser pensadas em vários contextos e aliadas a diversas ferramentas e programas, alguns deles expostos neste documento. A facilitação da comunicação entre pais e criança com TEA tem reconhecimento científico como intervenção de grande importância e com resultados mais duradouros (HOWLIN, 2010; ANDREW et al., 2016).

Os programas de educação e treinamento dos pais objetivam diminuir o estresse e aumentar a autoestima e confiança dos genitores, além de melhorar o desempenho das crianças e minimizar os comportamentos não adaptativos (SOFRONOFF; FARBOTKO, 2002). Parte dos princípios de que os pais desejam se envolver nas intervenções de seus filhos e que as crianças passam a maior parte de seu tempo com seus pais e estes podem criar um ambiente doméstico propício à aprendizagem das habilidades (CASE-SMITH; ASBERMAN, 2008).

4.9.9 Tratamento clínico de base psicanalítica

Considera a singularidade de cada pessoa sempre em uma perspectiva relacional com base na linguagem. Tem objetivo de potencia-

lizar as condições da pessoa com TEA de se relacionar com os outros. Busca minimizar suas dificuldades e angústias e ampliar sua capacidade de aprendizagem, acolhendo a família e incluindo-a como parceira do trabalho, além de troca interdisciplinar com outros profissionais (BRASIL, 2015a).

4.9.10 Estimulação Sensorial

A estimulação sensorial é realizada por meio de estímulos relacionados à sensorialidade. Objetiva diminuir a hipersensibilidade, hiperatividade, autoestimulação, movimentos estereotipados e aumentar a atenção e o foco (ESCALONA et al., 2001; FIELD et al., 1997).

4.9.11 História Social

Visa ensinar e guiar comportamentos apropriados, por meio da criação e leitura de histórias individualizadas antes de um evento para fornecer direcionamento dos comportamentos esperados. Deve apresentar descrição, direcionamento, perspectivas e declarações afirmativas para ensinar comportamentos positivos ou apropriados, incluindo elogios e reforço na obtenção dos mesmos (REYNHOUT; CARTER, 2006; GRAY; GARRAND, 1993).

4.9.12 Currículo Funcional Natural (CFN)

Parte de uma necessidade comum a todas as pessoas: a aquisição de conhecimento e comportamentos que sejam úteis no seu espaço vital. A proposta de base do CFN é desenvolver as habilidades funcionais, promovendo independência, autonomia e qualidade de vida, de modo a permitir tranquilidade e saúde a cuidadores e familiares.

Desta forma, propõe que as habilidades funcionais estejam em primeiro plano e que sejam desenvolvidas em contexto natural, ou seja, que justifiquem o ensino e a execução de uma tarefa ou habilidade funcional, como pode-se citar: o momento mais natural para ensinar a escovação dos dentes é após uma refeição, pois há um dado natural (dentes sujos) que justifica a execução de uma tarefa (SUPLINO, 2005).

No caso de pessoas com TEA, isto se torna especialmente importante, tendo em mente as barreiras que enfrentam cotidianamente e torna-se mais acessível a elas perceber a utilidade da habilidade aprendida, bem como transpor tal habilidade para seu espaço vital. Ademais, quando a justificativa natural é visível, torna-se ainda mais fácil para a pessoa com TEA associar uma causa a uma tarefa, pois, de modo geral, apresentam mais facilidade para compreender informações visuais (ME-SIBOV et al., 2004).

É importante ressaltar, também, que o CFN leva em consideração as aptidões e interesses da pessoa com TEA em suas intervenções. Assim, o CFN promove não apenas o desenvolvimento de habilidades funcionais de maneira mais eficiente, mas também respeita as identificações sociais da pessoa atendida e sua capacidade de exercer volição. Para a pessoa com TEA, é interessante que possa adaptar seus interesses às atividades socialmente aceitas e, por vezes, pode ser a única forma de desenvolver um novo comportamento.

4.10 A INTERVENÇÃO DAS ESPECIALIDADES PROFISSIONAIS NO TEA

A maior parte das pessoas com TEA se beneficia da atuação de diferentes profissionais por um período prolongado de tempo, senão ao longo de toda a vida.

4.10.1 Intervenção psicológica

Diferentes publicações científicas concordam que não há uma intervenção específica com eficiência universal para todas as pessoas com TEA (LINDGREN; DOOBAY, 2011; ANDREW et al., 2016). Os resultados obtidos pelas diferentes abordagens disponíveis apontam melhoras em uma ou mais áreas, falhando em outras. Diversas fontes científicas convergem no seguinte ponto: são necessárias mais pesquisas para verificação de evidências contundentes quanto às diversas intervenções disponíveis para pessoas com TEA (LINDGREN; DOOBAY, 2011; HOWLIN, 2010; LYRA et al., 2017). Entretanto, recomenda-se que a intervenção do psicólogo apareça como ponto nodal na equipe, tendo em vista as implicações que o TEA acarreta no desenvolvimento humano.

É necessário destacar que, conforme exposto anteriormente, orienta-se que o psicólogo considere junto à equipe as necessidades individuais da pessoa com TEA e sua família. A partir disso, sugere-se que a equipe incorpore intervenções adequadas às demandas dessa pessoa, de maneira a contemplar a integralidade do indivíduo e considerar seu momento histórico (LINDGREN; DOOBAY, 2011, HOWLIN, 2010; BRASIL, 2015). Dentre as intervenções que agregam reconhecimento nacional e internacional, destacam-se:

- a) **Applied Behavior Analysis (ABA ou Análise do Comportamento Aplicada):** nesta abordagem o psicólogo com formação específica em ABA é o supervisor/planejador das intervenções em terapias ou planos educacionais realizados em equipe, sendo os demais profissionais denominados aplicadores. Ressalta-

-se que todos os envolvidos devem passar por capacitação específica, com objetivo de manter a coesão das ações em equipe (HORA, 2015).

- b) **Treinamento em habilidades sociais:** há uma miríade de estratégias que podem ser empregadas para este foco específico, desde estratégias da terapia ABA até narrativas/histórias. Ademais, o trabalho em grupo com vistas à aquisição e desenvolvimento de habilidades sociais também é reconhecido pela comunidade científica (LINDGREN; DOOBAY, 2011).
- c) **Terapia cognitivo-comportamental:** as evidências de resultados desta terapia com a população com TEA apontam para um público específico: adolescentes e adultos com nível elevado de funcionalidade (LINDGREN; DOOBAY, 2011; HOWLIN, 2010). A terapia tem por objetivo geral a substituição de padrões negativos ou ineficientes de pensamento e comportamento com estratégias estruturadas focadas no funcionamento adaptativo da pessoa com TEA (LINDGREN; DOOBAY, 2011). É desenvolvida especificamente por psicólogos com formação na área.
- d) **Terapias/programas com foco na comunicação:** o psicólogo identifica junto à família e à pessoa com TEA, padrões comportamentais, desejos, demandas, queixas, características da dinâmica familiar, entre outros pontos de fundamental importância para a estruturação e funcionamento da comunicação com a pessoa atendida – não apenas com a equipe, mas também com sua família.
- e) **Teaching and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children (TEACCH):** dentro desta proposta, o psicólogo pode assumir diversas responsabilidades: lança seu olhar particular sobre a adaptação e efetividade da estrutura para a pessoa atendida; presta escuta especializada às necessidades da pessoa com TEA e sua família dentro do programa (com vistas a direcioná-lo); orienta os profissionais e família quanto a aspectos comportamentais; facilita a comunicação entre pessoa atendida, familiares e equipe.
- f) **Atendimento clínico de base psicanalítica:** na tenra infância, o psicanalista atua para identificar e reduzir os riscos psíquicos para o desenvolvimento infantil. Assim, faz uma análise da relação estabelecida entre pais e bebê, com vistas a permitir que o sujeito venha a emergir – ou seja, que a criança se consolide no campo social (DE CÉSARIS, 2013). A família aparece como figura central na intervenção do psicanalista em todas as fases da

vida da pessoa com TEA. Visa a escutar, acolher e incluir a família como parceira no trabalho; estabelecer relações acolhedoras no espaço familiar que promovam a aceitação das produções da pessoa com TEA; prepará-la para circular nos mais diversos espaços sociais; ampliar habilidades de aprendizagem; e amparar dificuldades e angústias. O tratamento clínico de base psicanalítica coloca em primeiro plano a singularidade de cada pessoa e da família em uma perspectiva relacional. Ainda, destaca-se que, nessa abordagem, o clínico entra como parceiro da pessoa com TEA e sua família em sua capacidade criativa a partir da adversidade, considerando o potencial da pessoa atendida e o papel constitutivo de cada sintoma (BRASIL, 2015).

- g) **Currículo Funcional Natural:** na modalidade de atendimento individual ou em pequenos grupos interdisciplinares, o psicólogo e os demais membros da equipe de reabilitação podem atuar no desenvolvimento de habilidades funcionais (aquelas úteis à pessoa atendida) e no acolhimento das produções da pessoa com TEA, tendo em vista sua constituição enquanto pessoa. Esta atuação dupla acontece concomitantemente, já que apenas por meio do reconhecimento e aceitação do que a pessoa com TEA produz no laço social é possível detectar suas necessidades e conjecturar novas produções que possam ser úteis a ela.
- h) **Intervenções focadas nas interações entre pais e crianças com TEA:** a atenção do psicólogo deve estar voltada para a relação da criança com TEA e seus pais/familiares/responsáveis, bem como da própria equipe com a família atendida. Cabe ao psicólogo estar atento às demandas que circundam as intervenções. Isto significa que, para facilitar a comunicação, o psicólogo opera com a redução das demandas lançadas para a pessoa com TEA, com vistas a permitir sua participação efetiva no laço social (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012). Em outras palavras, o psicólogo promove relações mais diretas e acolhedoras entre família, indivíduo e equipe. Abre espaço para que todos os envolvidos reconheçam seus próprios desejos e suas implicações ao longo das intervenções, incorrendo na corresponsabilização de ações planejadas e acolhimento das produções da pessoa com TEA.

Independente das abordagens escolhidas no Plano de Atendimento Individualizado, algumas intervenções ficam restritas ao psicólogo, devido ao olhar clínico que lhes é particular. Nos momentos em que as demandas sociais são mais ostensivas, percebe-se que as pessoas com TEA demonstram maior dificuldade em responder da forma esperada

pelo outro, seja pelo uso exacerbado de estereotípias, pelo isolamento social, agressividade, fala ininteligível ou outros (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012).

Assim, o psicólogo clínico deve detectar estes momentos onde a pessoa com TEA se encontra oprimida pelas demandas e buscar saídas junto aos que a cercam para a sua redução. Desta forma, abre-se espaço para participação a seu próprio modo no laço social, o que torna as intervenções mais eficientes, pois facilita as trocas e, conseqüentemente, o aprendizado. É digno de nota que esta atuação acontece tanto no âmbito familiar quanto dentro da própria equipe, que também precisa operar com seus desejos de maneira que não seja opressiva à pessoa que atende.

Por fim, o psicólogo atua como promotor de espaços de acolhida às produções muitas vezes estranhas da pessoa com TEA. Cabe a este profissional trabalhar junto à equipe e família para que estes grupos estejam preparados para aceitar, mesmo sem necessariamente compreender, certos comportamentos ou formas de vínculo (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2012).

4.10.2 Intervenção fonoaudiológica

A terapia fonoaudiológica tem como objetivo evitar, restabelecer, compensar e/ou atenuar a perda de funcionalidade dos aspectos fonoaudiológicos. Medidas terapêuticas incluem: treinamento, exercícios e estratégias de compensação; educação; apoio e aconselhamento; modificações no ambiente; disponibilização de recursos e tecnologia assistiva (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Levando em consideração o relatório mundial sobre a deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011), a fonoaudiologia em uma vertente reabilitatória deve buscar o caminho da sua prática clínica baseada em evidências.

É de extrema importância a avaliação adequada, levantando todos os aspectos fonoaudiológicos em déficit, pois somente a partir deste é que será realizado um planejamento de intervenção. Entretanto, o profissional deve ser um profundo conhecedor do desenvolvimento típico infanto-juvenil e do desenvolvimento atípico da pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Também deve ser capaz de diagnosticar, avaliar e planejar uma terapia individualizada e específica às necessidades individuais da pessoa com TEA tendo como base um referencial atualizado e consonante com a comunidade científica.

O fonoaudiólogo necessita compreender que para a sua prática terapêutica ter um resultado efetivo é imprescindível integrar quatro aspectos importantes: realizar uma avaliação minuciosa, principalmente de

todas as áreas da linguagem (compreensiva, expressiva: morfossintática, semântica, pragmática, lexical e prosódia), elaborando um planejamento terapêutico em linha teórica com respaldo científico; ter experiência clínica na área fonoaudiológica que está atuando; e levar em consideração a patologia de base de cada indivíduo.

Desta forma, entende-se que, ao fonoaudiólogo que realiza a terapia em pessoas com TEA, é necessário o conhecimento da patologia e suas características de linguagem e comportamentais, segundo os seus três níveis, descritos no DSM-5 (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2014), bem como ter conhecimentos das terapias e métodos com evidências científicas utilizados na atualidade.

A literatura internacional descreve um grande número de alterações de linguagem e comunicação presentes no TEA. Dentre elas: o déficit qualitativo em interações sociais, na comunicação verbal e não verbal, dificuldades gramaticais e de organização da linguagem, ações restritas e estereotipais verbais e não verbais associadas a deficiências intelectuais, motoras e sensoriais (KLECAN-AKER, 2005).

Os déficits de linguagem e comunicação no TEA podem ter uma grande variação correlacionada ao seu desenvolvimento social e intelectual. Alguns podem ter uma reduzida linguagem expressiva enquanto outros podem se comunicar oralmente, mas, ainda que se comuniquem através da fala, apresentam dificuldades no uso da linguagem pragmática (saber o que dizer, como dizer, quando dizer e quando interagir socialmente com as pessoas). Recomenda-se que o programa terapêutico inicie acessando o ponto em que as habilidades linguísticas se encontram em defasagem.

A fonoaudiologia no desenvolvimento da pessoa com TEA tem como objetivo melhorar os sintomas de linguagem e de comunicação verbal e não verbal e, desta forma, minimizar os sintomas comportamentais. A intervenção fonoaudiológica precoce e contínua é de fundamental importância para o bom prognóstico do quadro clínico.

O fonoaudiólogo atua especialmente na comunicação de um modo geral, em especial no desenvolvimento da linguagem compreensiva e expressiva, oral, gestual e escrita, com o objetivo principal de diminuir ou eliminar a presença de formas pré-simbólicas não conversacionais, trocando por mecanismos conversacionais de comunicação. Aumentam assim, as intenções comunicativas e categorias pragmáticas, capacitando o indivíduo para que utilize esta linguagem de maneira mais funcional no ambiente que o cerca. Nos indivíduos que oralizam, a terapia fonoaudiológica é voltada para o desenvolvimento da linguagem compreensiva e expressiva verbal, principalmente nas áreas semântica e pragmática, possibilitando maior autonomia e independência no seu

processo comunicativo, desenvolvendo uma maior intenção para se comunicar (CAMPELO et al., 2009).

Na elaboração do plano terapêutico, este deve ser individualizado e específico. Apesar dos diversos fundamentos teóricos, que pautam as abordagens terapêuticas para pessoas com TEA, podendo-se adotar diferentes enfoques e estratégias, têm como objetivo final melhorar as habilidades linguísticas, sociais e cognitivas (LOPES-HERRERA, 2004).

São citados a seguir alguns pressupostos teóricos frequentemente utilizados atualmente na área da intervenção com linguagem: Análise Comportamental Aplicada (*Applied Behavior Analysis* - ABA); TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped Children*); Modelo Precoce de Denver; Programa Hanen (*Hanen's More than words*); Abordagem D.I.R./*Floortime*.

Independente do pressuposto teórico que o profissional utilize, são apresentados abaixo alguns recursos da terapia fonoaudiológica para o desenvolvimento da linguagem:

- a) **Picture Exchange Communication System (PECS)**: é um sistema de comunicação que ressalta a relação interpessoal, em que ocorre um ato comunicativo entre o indivíduo com dificuldades de fala e um adulto (terapeuta), por meio de trocas de figuras (MIZAEL; AIELLO, 2013). A terapia com o PECS se dá via seis níveis: 1) fazer pedidos através da troca de figuras pelos itens desejados; 2) ir até a prancha de comunicação, apanhar uma figura, ir a um adulto e entregá-la em sua mão; 3) discriminar entre as figuras; 4) solicitar itens utilizando várias palavras em frases simples, fixadas na prancha de comunicação; 5) responder à pergunta "O que você quer?"; e 6) emitir comentários espontâneos (MIZAEL; AIELLO, 2013).
- b) **Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)**: é o uso integrado de símbolos, recursos, estratégias e técnicas, utilizada com o objetivo de apoiar, complementar e/ou suplementar a comunicação. Atualmente, existem vários recursos de comunicação alternativa: sistemas sofisticados de computador com voz sintetizada; pranchas de alfabeto ou figuras; e aplicativos para *smartphones* e *tablet* (SOUSA-MORATO; FERNANDES, 2006).
- c) **Abordagem PROMPT (*Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets*)**: é a abordagem de organização dos pontos fonéticos oro musculares para os casos de apraxia de fala. Segundo Prizant (2000), indivíduos com TEA também podem ter o diagnóstico de apraxia de fala associado.

De acordo com Fernandes et al. (2008), nos indivíduos com TEA, é de fundamental importância que a intervenção da linguagem seja a mais precoce possível e que haja a habilitação dos pais para participar deste processo, já que são eles que proporcionam o ambiente em que seus filhos passam a maior parte do tempo.

4.10.3 Intervenção terapêutica ocupacional

A atuação desse profissional da saúde junto à pessoa com TEA visa favorecer e/ou otimizar o desempenho funcional nas atividades ocupacionais relacionadas à vida diária, escola, trabalho e lazer, com objetivo de promover independência, autonomia, qualidade de vida e inclusão nos diversos âmbitos sociais.

O terapeuta ocupacional atua no intuito de favorecer a funcionalidade, por meio de projetos terapêuticos individualizados pautados em avaliações, dentro de uma perspectiva de abordagem centrada na pessoa e na família. Desta forma, os objetivos terapêuticos, bem como as prioridades de atendimento, são definidos em conjunto com os indivíduos a serem atendidos e/ou com seus familiares. Os objetivos devem promover o desempenho, a inserção e a participação da pessoa com TEA na família, em ambientes produtivo e laboral, no brincar e no lazer (SUMSION, 2013; CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008).

Nas crianças pequenas com TEA, a intervenção terapêutica ocupacional geralmente enfoca a otimização do processamento e modulação sensoriais, dos desempenhos sensório-motor, comportamental e social, das atividades básicas da vida diária, principalmente relacionadas ao autocuidado, e do envolvimento e participação em jogos e brincadeiras (CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008).

Em crianças maiores e adolescentes com TEA, a intervenção enfoca os desempenhos comportamentais e sociais, abrangendo as atividades instrumentais da vida diária, o desempenho escolar, a transição para o trabalho e a independência na comunidade (CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008).

Por sua vez, em adultos com TEA, a intervenção enfoca os desempenhos comportamentais e sociais, a independência na comunidade, os desempenhos produtivos, como o ingresso à universidade e o acesso e permanência no mercado de trabalho.

Independente da faixa etária, o processo terapêutico considera as potencialidades, de modo a servir como motivação e estratégias, bem como as limitações, para serem foco de aprimoramento (LAW; BAUM, 2005 apud CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008).

De acordo com Case-Smith e Arbesman (2008), as principais abordagens de intervenção utilizadas por terapeutas ocupacionais junto à pessoa com TEA são:

- a) **Terapia de Integração Sensorial e intervenções baseadas em aspectos sensoriais:** enfocam os problemas de processamento e modulação sensoriais e englobam a Terapia de Integração Sensorial (IS), restrita a terapeutas ocupacionais, a estimulação sensorial, as intervenções sensório-motoras e o treinamento de integração auditiva (AIT). As intervenções baseadas em aspectos sensoriais podem incluir a modificação do ambiente sensorial, dieta sensorial, entre outras estratégias. Recomenda-se aos terapeutas ocupacionais realizar as intervenções baseadas em aspectos sensoriais juntamente a abordagem com tarefas funcionais, onde a pessoa com TEA pratica os desempenhos ocupacionais esperados (BARANEK, 2002).
- b) **Intervenções baseadas em relacionamento e interação:** enfocam o desenvolvimento emocional e social e incluem pais, pares e terapeutas em atividades baseadas em brincadeiras interativas. Os terapeutas ocupacionais utilizam a imitação feita pelo adulto de ações da criança como estratégia para favorecer sua participação em brincadeiras interativas. Outros exemplos de estratégias específicas são: esperar a criança responder antes de perguntar novamente; organizar o ambiente de forma a apresentar desafios para a criança, tal como colocar o brinquedo favorito em locais altos; imitar o desenho da criança enquanto ela observa (HWANG; HUGHES, 2000). O terapeuta ocupacional também pode utilizar como estratégia as brincadeiras estruturadas com pares (LEGOFF, 2004). Entre elas, podemos citar o Método D.I.R./Floortime e a Intervenção de Desenvolvimento de Relacionamento (*Relationship Development Intervention – RDI*) (WIEDER; GREENSPAN, 2005).
- c) **Intervenções baseadas em abordagens desenvolvimentais:** geralmente utilizam modelos instrucionais baseados no desenvolvimento e embasam-se no brincar e em pares, com foco nas potencialidades da criança, envolvendo profissionais de diferentes áreas. Pode-se citar o Modelo de Intervenção Precoce de Denver (*Early Start Denver Model – ESDM*) e o Programa TEACCH – Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit relacionados com a Comunicação (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*) (AUDET; MANN; MILLER-KUHANECK, 2004 apud CASE-SMITH; ARBESMAN, 2008). Terapeutas ocupacio-

nais usam estratégias dessas abordagens em sua intervenção, de modo a promover a participação da criança em atividades escolares e de AVDs. É possível implementar a comunicação alternativa, ao adotar como estratégias alertas ou pistas visuais, tais como quadro de horários, imagens e fotografias de atividades, rotinas diárias e modificações ambientais, informando à pessoa sobre quais atividades serão realizadas e a guia para completar atividades sequenciais.

- d) **Treinamento de habilidades cognitivas-sociais:** compreende abordagens que visam ensinar habilidades sociais com o objetivo de auxiliar as pessoas com TEA a aprenderem e praticarem comportamentos adequados nas interações sociais (GREENE, 2004 apud CASE-SMITH; ARBERMAN, 2008). Por meio delas, o terapeuta ocupacional ensina a pessoa com TEA a identificar e entender estados emocionais dos outros, resolução de problemas interpessoais e habilidades sociais, sendo encorajados a iniciar e manter conversação (BAUMINGER, 2002). Os terapeutas ocupacionais ainda podem usar as histórias sociais.
- e) **Abordagens com foco nas atividades dirigidas ou mediadas pelos pais:** a educação dos pais é um componente das intervenções da Terapia Ocupacional, já que utilizam abordagens centradas nas famílias, onde suas prioridades são valorizadas e seus membros participam das intervenções, principalmente dando continuidade ao processo terapêutico ao estimular e treinar as habilidades, tais como as AVDs, trabalhadas anteriormente em terapia (CASE-SMITH; ASBERMAN, 2008).
- f) **Intervenções comportamentais intensivas:** são as que apresentam a base mais forte de evidências científicas. Em geral, os terapeutas ocupacionais não as realizam, embora possam utilizar recursos e estratégias comportamentais em seus atendimentos. A análise funcional, tanto do desempenho como do comportamento, e a modificação ambiental integram abordagens terapêuticas ocupacionais (CASE-SMITH; ASBERMAN, 2008).

Nesse contexto, recomenda-se que os métodos terapêuticos sejam selecionados com base nas evidências científicas e considerem os aspectos relacionados à preferência da pessoa atendida e/ou de seus familiares, local de intervenção, recursos disponíveis, estágio do desenvolvimento da pessoa assistida, bem como baseie-se na *expertise* profissional.

4.10.4 Intervenção fisioterapêutica

As pessoas com TEA podem apresentar dificuldades motoras desde a primeira infância. Entre os bebês e crianças pequenas podem-se observar atraso no desenvolvimento motor, anormalidades do tônus muscular, atividade motora reduzida, presença de reflexos anormais ou assimetria postural, além de comportamentos estereotipados (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Entre crianças maiores, adolescentes e adultos são relatadas anormalidades da coordenação motora fina e grossa, apraxias motoras, anormalidades das respostas posturais adaptativas, presença de estereotípias, além dos déficit no processamento sensorial, os quais afetam diretamente o desempenho motor (BARANEK, 2002; PROVOST; LOPEZ; HEIMERL, 2007; BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Outro fato a ser considerado se refere ao impacto das dificuldades motoras nas relações sociais, visto que um comportamento motor desajeitado pode limitar a formação dos vínculos (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011). Considerando as diversas dificuldades motoras presentes nesta condição, recomenda-se que o fisioterapeuta seja um dos membros que compõe a equipe multiprofissional que atua junto à família na triagem, na avaliação e intervenção da pessoa com TEA.

A literatura especializada sobre a intervenção do fisioterapeuta no atendimento à pessoa com TEA é escassa e consiste basicamente na intervenção na primeira infância, em especial no período referente à estimulação precoce.

A intervenção fisioterapêutica para crianças pequenas com TEA tem como objetivo geral aumentar a participação e reduzir os obstáculos ao pleno desenvolvimento e à independência funcional, de forma a habilitar e encorajar sua inclusão social (ATUN-EINY et al., 2013).

De maneira geral, as sessões de atendimento iniciam na sala de terapia com a intenção de conduzir a criança ao seu ambiente natural o mais breve possível.

Neste documento, é apresentada uma estrutura de intervenção baseada em dois tipos de atendimento: sessões individuais e em grupo (ATUN-EINY et al., 2013).

As sessões de atendimento individual têm como objetivos: facilitar a aquisição das habilidades motoras em situações estáticas e dinâmicas, promover a aquisição e o aumento de habilidades que favoreçam a independência funcional entre seus pares, a família e a sociedade e reduzir as restrições físicas que podem estar presentes no TEA.

De forma a atingir estes objetivos, o fisioterapeuta deve: prover estratégias que ajudarão a criança a se organizar dentro do seu grupo social;

encorajar o movimento voltado à função ao invés daqueles voltados à estereotopia ou à estimulação sensorial; oferecer recursos que ajudarão a criança a lidar com questões de orientação espacial; aumentar a independência nas situações do cotidiano; melhorar a postura nas diferentes situações do dia a dia; aprimorar os padrões de movimento em diferentes ambientes; melhorar as habilidades cardiovasculares, além de indicar equipamentos voltados à organização sensorial, como as roupas sensoriais, que podem favorecer as habilidades de atenção e educacionais (ATUN-EINY et al., 2013).

A intervenção individual deve ser personalizada levando-se em conta as habilidades de cada pessoa, seu nível de ansiedade e a habilidade de aceitar mudanças. Algumas pessoas com TEA necessitam de um modelo mais estruturado de intervenção, iniciando com uma cerimônia de abertura (ir para a sala de atendimento, tirar os sapatos, apresentar o contexto de intervenção), seguida de atividades mais passivas (como vestir as roupas sensoriais), que evoluem para atividades com maior participação e engajamento da pessoa, voltadas a um contexto funcional, e finalizando com uma cerimônia de encerramento (ATUN-EINY et al., 2013).

Por sua vez, a intervenção em grupo pode ser realizada em um ambiente natural como o parque ou algum ambiente interno de uso coletivo. É conduzida de acordo com as necessidades das pessoas envolvidas no programa e condizente com seu nível de desempenho, levando-se em conta os desafios comportamentais presentes. Os objetivos terapêuticos são: aumentar a motivação por movimentar-se através da observação e imitação; ajudar a engajar-se nas demandas das atividades em grupo (esperar sua vez, ter paciência, aceitar o ritmo das outras pessoas, compreender o desejo dos demais); ajudar a adquirir habilidades de imitação (o que constitui uma parte crucial da aceitação e participação social) em situações diárias (ATUN-EINY et al., 2013).

Constitui ainda uma parte importante do programa de tratamento a supervisão e a orientação de cuidadores, da equipe escolar e dos outros profissionais de saúde a respeito das necessidades motoras de cada pessoa com TEA e a utilizar a habilidade de incorporar o prazer das atividades físicas como potencializadores de comportamentos sociais e educacionais (ATUN-EINY et al., 2013).

Há estratégias que podem ser utilizadas para facilitar a aprendizagem motora da criança com TEA. Enquanto as habilidades motoras mais simples geralmente são aprendidas de maneira implícita, ou seja, “aprende enquanto faz”, a aprendizagem de habilidades mais complexas e que envolvem muitos passos demanda estratégias mais explícitas como pistas visuais (ex. o uso de figuras) e guiar o movimento “mão sobre mão”, acompanhado de uma explicação sucinta de cada passo da tarefa (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Algumas pessoas com TEA podem ter dificuldades de compreender o que são “movimentos orientados para uma meta”. Nestes casos, é importante enfatizar o objetivo final da tarefa, o que pode ser feito a partir da informação verbal ou visual. Adicionalmente, pode-se oferecer alguma recompensa sempre que o objetivo é atingido (BHAT; LANDA; GALLOWAY 2011).

Considerando que as dificuldades no processamento perceptivo estão presentes entre pessoas com TEA, deve-se atentar para o tipo de *feedback* oferecido quando se ensinam habilidades motoras. Alguns resultados de pesquisas sugerem que o *feedback* proprioceptivo, como, por exemplo, guiar fisicamente através da sequência de ações pode ajudar mais do que oferecer pistas visuais. No entanto, o fisioterapeuta pode utilizar-se de pistas visuais, como, por exemplo, apresentar figuras representando passo a passo as etapas do movimento ou utilizar-se de tecnologias computadorizadas que ofereçam *feedback* visual (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

Ressalta-se também que o fisioterapeuta deve aproveitar e investir nas interações sociais entre ele e a pessoa durante as sessões de atendimento, de forma a criar um contexto enriquecido para estimular o relacionamento interpessoal (BHAT; LANDA; GALLOWAY, 2011).

4.10.5 Intervenção pedagógica

A atuação do pedagogo na reabilitação ainda é pouco referenciada cientificamente, porém, “[...] as mudanças constantes da sociedade atual têm demandado cada vez mais profissionais da área da educação em diferentes espaços não escolares.” (MACIEL; CARNEIRO, 2006, p. 71).

Em sua ação terapêutico-educativa, a qual tem como base teórico-prática as concepções construtivista e sócio-interacionistas, o pedagogo pode utilizar diversas estratégias:

- a) Promover a elaboração da realidade, envolvendo a comunicação, organização de ações e pensamentos;
- b) Trabalhar os aspectos relacionados a espaço, tempo e relações de causa e efeito;
- c) Identificar, reconhecer e perceber as capacidades básicas e sensoriais da criança;
- d) Realizar ações de observação, avaliação e intervenção no desenvolvimento cognitivo;
- e) Utilizar tecnologia assistiva prescrita, incluindo Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA);

- f) Prestar assessoria escolar, com o objetivo de conhecer o comportamento da pessoa com TEA nos diferentes contextos e orientar os professores quanto às especificidades de seu processamento cognitivo;
- g) Orientar a família para que seja aliada no processo de desenvolvimento.

A intervenção pedagógica na reabilitação diferencia-se do atendimento pedagógico realizado pelo AEE. Tem por foco a habilitação e reabilitação das funções cognitivas. Procura abranger uma intervenção que relaciona os processos internos da pessoa com TEA com seu contexto familiar e escolar, com o objetivo de, junto aos demais profissionais da equipe, desenvolver suas potencialidades de forma integral e plena.

As funções cognitivas compreendem: atenção, percepção, emoção, memória, motivação, integração e monitorização central, processamento sequencial e simultâneo, planificação, resolução de problemas, expressão e comunicação de informações. Deve-se compreender a natureza e o processo dinâmico que integram os componentes cognitivos: o nível de *input* (atenção sustentada, filtragem e discriminação), nível de cognição (processo de compreensão, retenção e chamada da informação, estratégias de retenção e recuperação interna) e o nível de *output* (produção em ação, fala ou escrita) (FONSECA, 2008).

Em pessoas com TEA, verifica-se a presença de funções cognitivas preservadas e em déficit. Isto significa que enquanto apresentam algumas habilidades dentro ou acima da média, outras aparecem em defasagem, de maneira diferente em cada indivíduo (HAPPÉ; FRITH, 1996). Neste ensejo, a estimulação cognitiva busca encontrar o déficit e oferecer atividades que auxiliem a pessoa com TEA a utilizar suas potencialidades de forma harmoniosa, eficaz e integrada, tanto quanto possível.

Em suma, os atendimentos de estimulação cognitiva objetivam desenvolver, preservar, compensar ou qualificar o desempenho das funções cognitivas. Buscam também promover a organização de condições adequadas à aprendizagem, de forma que a pessoa com TEA possa acessar os processos internos de desenvolvimento e convertê-los em aquisições individuais.

4.10.6 Intervenção do profissional de educação física

Em uma equipe de reabilitação voltada para o TEA, o educador físico pode atuar na área da Psicomotricidade. Esta ciência tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto. Desta forma, engloba o de-

envolvimento de habilidades motoras, cognitivas e emocionais, reunindo as áreas pedagógicas e de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE, 2017).

Indivíduos com TEA frequentemente apresentam, entre outras características, alterações motoras (equilíbrio, coordenação motora, esquema corporal, organização espacial e temporal), que podem estar relacionadas a atrasos na aprendizagem de inúmeras habilidades, inclusive linguagem e interação social (FOURNIER et al., 2010; CALHOUN; LONGWORTH; CHESTER, 2010; JESTE, 2011).

Os Transtornos de Desenvolvimento da Coordenação (TDC), muito comuns em indivíduos com TEA, são associados a desajeitamento e à inconsistência no desempenho de tarefas, coordenação motora pobre, problemas de ritmo e sua transferência de aprendizagem, declínio do desempenho com a repetição, tensão corporal e excesso de atividade muscular em tarefas motoras, podendo apresentar dificuldades nas tarefas de autocuidado, nas atividades acadêmicas, de lazer e esportes, além de problemas com interações sociais (HELENE; CANTIN, 2005).

Há duas principais vertentes de intervenção psicomotora:

- a) **Psicomotricidade funcional:** surge a partir da concepção biomédica, com ações voltadas para diagnóstico *versus* tratamento. É uma vertente tradicional, a qual utiliza-se de atividades dirigidas mediante uma série de técnicas, exercícios e habilidades que visam apoiar e desenvolver as principais áreas psicomotoras (tônus, equilíbrio, lateralidade, praxia global) (NEGRINE, 1995; MARTINS, 2001; VECHIATO, 2003);
- b) **Psicomotricidade relacional:** focada no jogo espontâneo, busca desenvolver a aprendizagem e o desenvolvimento global por meio de descobertas motoras, criatividade, expressividade e espontaneidade. Objetiva ampliar a trajetória do brincar dos participantes, favorecer a experimentação corporal e a vivência simbólica, bem como a interação entre os participantes. Objetiva ampliar a experiência do brincar, promover uma melhor noção corporal através do movimento, favorecer a vivência simbólica e a interação entre sujeitos envolvidos. As sessões são desenvolvidas em uma rotina definida, com ritual de entrada, onde estipula-se regras, o que pode ou não ser feito; depois atividades livres de expressão, interação com objetos e pessoas e de comunicação, o brincar propriamente dito; finalizando com o ritual de saída, no intuito de verbalizar o que foi vivenciado, reproduzir o que foi feito, o que gostou ou não gostou (VEIGA; NETO; RIEFFE, 2016; LESTER; RUSSELL, 2010; PELLEGRINI, 2009; COSTA, 2008; AUCOUTURIER, 2004; VECHIATO, 2003).

É extremamente importante que o profissional que atua com a psicomotricidade conheça o desenvolvimento motor típico, criando projetos e estratégias em que as pessoas utilizem o corpo como meio para brincar, explorar, sentir, criar, imaginar e aprender.

A intervenção psicomotora para pessoas com TEA também tem como um dos seus objetivos, por meio do brincar, das vivências e experiências motoras, o desenvolvimento dos processos cognitivos (DORNELES; BENETTI, 2012).

Os instrumentos, utilizados com finalidade avaliativa e de intervenção, são ferramentas indispensáveis ao trabalho dos profissionais que atuam na área da Psicomotricidade. A seguir são exemplificados alguns instrumentos que podem ser utilizados:

- a) **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca – BPM** (FONSECA, 2007): engloba os fatores psicomotores tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e fina, totalizando 42 tarefas, que permitem classificar o perfil psicomotor da criança. Esta bateria foi utilizada por Valério e Bruel (2014) com o objetivo de identificar o perfil psicomotor de crianças com TDAH e autismo, comparando-as entre si, através da qual foram observados e avaliados os fatores psicomotores e seus subfatores nas crianças envolvidas.
- b) **Escala de Desenvolvimento Motor de Rosa Neto – EDM**: compreende um conjunto de provas diversificadas e de dificuldades graduadas, conduzindo à exploração minuciosa de diferentes habilidades motoras do desenvolvimento da criança (coordenação motora fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial, organização temporal e lateralidade). Em um estudo de caso, quando comparados os escores antes e após uma intervenção através de atividades lúdicas, identificou-se melhores escores pós-intervenção na Escala de Desenvolvimento Motor (EDM) de um indivíduo com Transtorno do Espectro Autista em quatro das seis áreas contempladas pela escala (NETO et al., 2013).
- c) **Inventário Portage Operacionalizado – IPO**: orienta o aplicador para uma descrição de comportamentos de crianças de zero a seis anos, com o objetivo de elaborar intervenção e avaliar os progressos ao longo da intervenção (VIERA; ROBEIRO; FORMIGA, 2009). Este instrumento avalia o desempenho nas seguintes áreas do desenvolvimento: socialização, cognição, linguagem, autocuidados e desenvolvimento motor (RODRIGUES, 2012).

É importante que o planejamento da intervenção psicomotora seja individualizado, indo ao encontro das necessidades de cada pessoa, como também estar associada a outras intervenções terapêuticas e extensivas, como o auxílio à escola, o que pode favorecer os resultados do tratamento.

4.11 ASSESSORIA

Ao compreender que não é possível o desenvolvimento global da pessoa com TEA sem a articulação com os contextos que ela frequenta, propõe-se encontros entre equipe de reabilitação e profissionais da rede sob a forma de assessoria. Visa fortalecer a rede de apoio em torno da pessoa com TEA, no intuito de superar a fragmentação dos saberes e das políticas para atender às pessoas de forma integrada (RELVAS, 2015). Assim, articula os pilares: família, escola/trabalho, profissionais da atenção primária à saúde e reabilitação. Propõe mudanças em relação às barreiras físicas e atitudinais, facilitando o processo de desenvolvimento da pessoa com TEA.

A assessoria visa ao compartilhamento de informações, a orientação, o esclarecimento de dúvidas, o levantamento de potencialidades e dificuldades, bem como de barreiras e facilitadores à funcionalidade do indivíduo atendido.

Estes encontros são essenciais no processo de reabilitação e recomenda-se que estejam inseridos no PAI. Devem ser realizados em periodicidade pré-definida e quando houver demandas, o que pode levar à adequação do PAI.

A assessoria pode ser realizada por um profissional ou por uma equipe. Sugere-se a utilização de um protocolo para a organização do encontro e o levantamento das informações mediante formulário. Recomenda-se que, diante dos dados colhidos, o profissional ou equipe que realiza a assessoria junte-se aos demais membros da equipe de reabilitação, em estudo de caso, para análise das informações e proposição do plano de ação conjunto. É importante que os resultados sejam apresentados na forma de relatório, encaminhado a todos os envolvidos.

4.12 O ATENDIMENTO REABILITATÓRIO NA FCEE

Atualmente na FCEE a reabilitação acontece no Centro de Reabilitação Ana Maria Philippi - CENER, em dois programas, conforme a idade. O Programa de Estimulação Precoce geralmente é o local de ingresso. Este serviço atende crianças de zero a seis anos de idade, bebês de risco, com atraso global no desenvolvimento ou diagnóstico de condição clíni-

ca que resulte em déficit em quaisquer das áreas do desenvolvimento. O Programa de Reabilitação atende crianças e adolescentes que apresentem deficiências neuropsicomotoras. Os dois programas contemplam o atendimento de pessoas com TEA.

Em conjunto, os programas têm como objetivos: intervir nos atrasos ou atipicidades sensório-motoras, da comunicação e dos comportamentos sociais, acompanhar o desenvolvimento da criança e do adolescente com vistas a oferecer a estimulação necessária e individualizada para que cada pessoa em tratamento aproveite o máximo de seu potencial.

Diferente dos serviços ambulatoriais, os dois programas do CENER seguem uma matriz que contempla as esferas: motora, da linguagem/motricidade orofacial e do desempenho ocupacional/cognição. Conta com os seguintes serviços: fonoaudiologia, equoterapia, terapia ocupacional, estimulação cognitiva, fisioterapia, psicomotricidade, estimulação visual, hidroterapia e psicologia. Contempla também o serviço social, o serviço de apoio pedagógico e o serviço de cuidados especiais.

A abordagem terapêutica é interdisciplinar nos dois programas e a definição de quais profissionais atenderão a criança é determinada através dos estudos de caso onde é elaborado o Plano de Atendimento Individualizado de forma a contemplar as especificidades de cada indivíduo em reabilitação.

Neste capítulo foram apresentados os conceitos que embasam o atendimento reabilitatório com direcionamento para abordagem de pessoas com TEA. Apesar da diversidade de profissionais que podem compor a equipe de atendimento, dos variados testes propostos para (re)avaliação e das técnicas e métodos que podem ser empregados pelas distintas especialidades profissionais, a definição de como cada serviço de atendimento deve ser dimensionado dependerá da disponibilidade e necessidade de cada instituição. Cabe ressaltar que o modelo de serviço a ser adotado esteja em conformidade com as evidências científicas atuais.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-5-TR). Washington: APA; 2013.

ANDREW, P. et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long term follow up of a randomised controlled trial. **The Lancet**, [S.l.], v. 388, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE. **Capítulo nacional**. Disponível em: <<https://psicomotricidade.com.br/>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

ATUN-EINY, O. et al. Physical Therapy for young children diagnosed with autism spectrum disorders: clinical frameworks model in an israeli setting. **Frontiers in Pediatrics**, [S.l.], v. 1, n. 19, 2013.

AUCOUTURIER, B. **Los fantasmas de la accion y la practica psicomotriz**. Barcelona: Editorial Graó, 2004.

BARANEK, G. T. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 32, p. 397–422, 2002.

BHAT, A. N.; LANDA, R. J.; GALLOWAY, J. C. Current perspectives on motor functioning in infants, children, and adults with autism spectrum disorders. **Physical Therapy**, [S.l.], v. 91, n. 7, p. 1116-29, jul. 2011.

BAUMINGER, N. The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 32, p. 283–298, 2002.

BRADSHAW, J. et al. Feasibility and effectiveness of very early intervention for infant At-Risk for Autism Spectrum Disorder: a systematic review. **J. Autism Desord.**, [S.l.], sept. 2014.

BRASIL. Inclusão. **Revista da Educação Especial**, Brasília, v. 04, n. 5, 2008.

_____. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Lei n. 13.438, de 26 de abril de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/gf4Gvz>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **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, 2015a.

_____. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria n. 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015b. Disponível em: <goo.gl/4oD-PzR>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <goo.gl/JcVsr9>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <goo.gl/ELiFwu>. Acesso em: 02 mar. 2018.

BONDY, A.; FROST, L. The picture exchange communication system. **Behavior Modification**, [S.l.], v. 25, 2001.

BRITES, C. Sinais de transtornos neurológicos como risco para transtornos de aprendizagem. In: CIASCA, S. M.; RODRIGUES, S. D.; SALGADO-AZONI, C. A. **Transtornos de desenvolvimento: do diagnóstico interdisciplinar à intervenção precoce.** São Paulo: Book Toy, 2015.

CAMPELO, L. D. et al. Autismo: um estudo de habilidades comunicativas em crianças. **Rev. CEFAC**, [S.l.], 2009.

CARDOSO, C.; FERNANDES, F. D. M. Uso de funções comunicativas interpessoais em crianças do espectro autístico. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica**, [S.l.], 2003.

CALHOUN, M.; LONGWORTH, M.; CHESTER, V. L. Gait patterns in children with autismo. **Clinical Biomechanics**, [S.l.], v. 26, p. 200-206, 2011. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/clinbiomech>. Acesso em: 5 dez. 2017.

CASE-SMITH, J.; ARBESMAN, M. Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. **Am. J. Occup. Ther.**, [S.l.], v. 62, n. 4, p. 416-429, 2008.

COSTA, J. **Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional.** Lisboa: Trilhos Editora, 2008.

CRARY, M. A. **Developmental motor speech disorders.** San Diego, CA: Singular Publishing Group, 1993.

CUCCOVIA, M. M. **Análise de procedimentos para avaliação de interesses baseados em um currículo funcional natural e seus efeitos no funcionamento geral de indivíduos com deficiência mental e autismo.** 2003. 186 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial)– Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

DAWSON, G. et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. **Pediatrics**, [S.l.], v. 125, n. 1, p. 17-23, 2010.

DE CÉSARIS, D. M. C. **O uso dos instrumentos IIRDI e AP3 no acompanhamento da constituição da imagem corporal/especular de crianças em centros de educação infantil.** 2013. 208 f. Tese (Doutorado)– Instituto de Psicologia, Universidade e São Paulo, São Paulo, 2013.

DORNELES, L. R.; BENETTI, L. B. A psicomotricidade como ferramenta da aprendizagem. **Revista Monografias Ambientais**, [S.l.], v. 8, n. 8, 2012.

DOOBAY, A.; LINDGREN, S. **Evidence-based interventions for Autism Spectrum Disorders**. Iowa: University of Iowa Children's Hospital, 2011.

ESCALONA, A. et al. Brief report: improvements in the behavior of children with autism following massage therapy. **J Autism Dev Disord**, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 513-516, 2001.

FERNANDES, F. D. M. Perfil comunicativo, desempenho sociocognitivo, vocabulário e meta-representação em crianças com transtornos do espectro autístico. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica**, [S.l.], 2003.

FERNANDES, F. D. M. et al. Fonoaudiologia e autismo: resultado de três diferentes modelos de terapia de linguagem. **Pró-Fono: Revista de Atualização Científica**, [S.l.], 2008.

FIELD, A. et al. Autistic children's attentiveness and responsivity improve after touch therapy. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], p. 27333-27338, 1997.

FILHA, F. S. S. C. et al. **Sinais de autismo na infância: detecção precoce na atenção primária à saúde**. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/159421.E13.T10847.D9AP.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2016.

FONSECA, V. **Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar**. 4. ed. Lisboa: Âncora Editora, 2008.

FONSECA, M. E. G.; CIOLA, J. **Vejo e aprendo: fundamentos do Programa TEACCH: o ensino Estruturado para pessoas com autismo**. 2. ed. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2016.

FONSECA, V. **Manual de observação psicomotora: significação psico-neurológica dos fatores psicomotores**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

FOURNIER, K. A. et al. Decreased static and dynamic postural control in children with autism spectrum disorders. **Gait & Posture**, [S.l.], v. 32, p. 6-9, 2010.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GORDON, D. Early intervention in Autism. **Neurology now**, [S.l.], p. 23-26, sept./oct. 2009.

GRAY, C., GARAND, J. D. Social Stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. **Focus on Autistic Behavior**, [S.l.] v.8, p.1-10, 1993.

HAPPÉ, F.; FRITH, U. The neuropsychology of autism. **Brain**, [S.l.], v. 119, p. 1377-1400,1996.

HWANG, B.; HUGHES, C. The effects of social interactive training on early social communicative skills of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 30, p. 331-343, 2000.

HELENE, J. P.; CANTIN, N. Developmental coordination disorder (Dyspraxia): an overview of the state of the art. **Seminars in Pediatric Neurology**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 250-258, 2005.

HERNÁNDEZ, J. M. et al. Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. **Revista de Neurología**, [S.l.], v. 41, n. 4, p. 237-245, 2005.

HESS, E. DIR@/Floortime™: evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. **International Journal of Child Health and Human Development**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 267-274, 2013.

HORA, C. L. **Conquistas e desafios da análise do comportamento aplicada no trabalho para pessoas com transtorno do espectro autista: questões de eficácia e de formação de profissionais**. 2015. 129 f. Tese (Doutorado em Psicologia Comportamental)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

HOWLIN, P. Evaluating psychological treatments for children with autism-spectrum disorders. **Advances in Psychiatric Treatment**, [S.l.], v. 16, 2010.

JESTE, S. S. The neurology of autism spectrum disorders. **Current opinion in neurology**, [S.l.], v. 24, n. 2, p.132, 2011.

KLECAN-AKER, J. S.; GILL, C. Teaching language organization to a child with pervasive developmental disorder: a case study. **Child Lang Teach Ther.**, [S.l.], 2005.

KOLB, B.; GIBB, R. Brain plasticity and behavior in the defeloping brain. **J. Can. Acad. Child. Adolesc. Psiquiatry**, [S.l.], v. 4, p. 265-276, 2011.

LEGOFF, D. B. Use of LEGO as a therapeutic medium for improving social competence. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 34, p. 557-571, 2004.

LESTER, S.; RUSSELL, W. Children's right to play: an examination of the importance of play in the lives of children worldwide. **Early Childhood Development.**, [S.l.], n. 57, 2010.

LYRA, L. et al. What do Cochraine systematic reviews say about interventions for autism spectrum disorders? **Med. J.**, São Paulo, v. 135, n. 2, 2017.

LOPES-HERRERA, S. A. **Avaliação de estratégias para desenvolver habilidades comunicativas verbais em indivíduos com autismo de alto funcionamento e síndrome de Asperger**. 2004. 178 f. Tese (Doutorado em Educação Especial)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

MACHADO, J. D. DSM-5 Principais mudanças nos transtornos de crianças e adolescentes. **Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP**, [S.l.], p. 1-23, 2015.

MACIEL, J. C. M.; CARNEIRO, I. M. S. P. Atuação do pedagogo em espaços extra-escolares: saberes e práticas. **Educação em Debate**, [S.l.], v. 1, p. 67-76, 2006.

MANDKUR, M. Neuroplasticity in children. **Indian Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 72, oct. 2005.

MARTINS, R. **Questões sobre a identidade da psicomotricidade**. Lisboa: Edições FMH, 2001.

MESIBOV, G. B.; SHEA, V. **The TEACCH program in the era of evidence-based practice**. Disponível em: <<http://interactingwithautism.com/pdf/treating/184.TEACCH%20program%20in%20the%20era%20of%20evidenced%20based.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

MESIBOV, G. B.; SHEA, V.; SCHOPLER, E. **The TEACCH approach to autism spectrum disorders**. Springer, US: [s.n.], 2004.

MORRIS, E. K. A case study in the misrepresentation of applied behavior analysis in autism: the Gernsbacher lectures. **The Behavior Analyst**, [S.l.], v. 32, 2009.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Clínicas gestálticas**. São Paulo: Summus, 2012. 304p.

NEGRINE, A. S. Fontes epistemológicas da psicomotricidade. In: _____. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil: psicomotricidade: alternativas pedagógicas**. Porto Alegre: Pallotti, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

_____. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: EDUSP, 2012.

PRIZANT, B. M. Brief report: communication, language, social and emotional development. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 26, n. 2, 1996.

PRIZANT, B. M. Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders. In: WETHERBY, A. M.; PRIZANT, B. M. (Orgs.). **Autism spectrum disorders: a transactional developmental perspective**. Baltimore: Paul H. Brookes, 2000. p.193-224.

PECS-BRAZIL. **O que é PECS?** Disponível em: <<http://www.pecs-brazil.com/pecs.php>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

PELLEGRINI, A. D. **The role of play in human development**. New York: Oxford University Press, 2009.

PROVOST, B.; LOPEZ, B. R.; HEIMERL, S. A comparison of motor delays in young children: autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and developmental disorders*, [S.l.], v. 37, n. 2, p.321-328, 2007.

RELVAS, M. P. **Neurociência e transtornos de aprendizagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: WAK editora, 2015.

RODRIGUES, O. M. P. R. Escala de desenvolvimento infantil e uso com bebês. **Educar em Revista**, [Curitiba], n. 43, 2012.

SACREY, L-A. R. et al. Can parents concerns predict autism spectrum disorder? A prospective study of high-risk siblings from 6 to 36 months of age. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, [S.l.], v. 54, n. 6, p. 470-478, 2015.

SANTA CATARINA. **Espectro Autista (Transtornos Invasivos ou Globais do Desenvolvimento)**: protocolo clínico e de acolhimento. Santa Catarina: SUS, 2015.

_____. **Programa Pedagógico**. São José: FCEE, 2009.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **O que é reabilitação**. Disponível em: <goo.gl/BqieVb>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SANTOS, A. P. M. et al. Efeitos da intervenção motora em uma criança com transtorno do espectro autista. **Temas sobre Desenvolvimento**, [S.l.], v. 19, 2013.

SÃO PAULO. **Protocolo do Estado de São Paulo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista**. São Paulo: Ed. SEDPcD, 2013.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932009000100010&lng=pt&nr=iso>. Acesso em: 12 maio 2016.

SOUSA-MORATO, P. F.; FERNANDES, F. D. M. Análise do perfil comunicativo quanto à adaptação sócio-comunicativa em crianças do espectro autístico. **Rev. Soc. Bras Fonoaudiol.**, [S.l.], 2006.

SUMSION, T. **Prática baseada no cliente na terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2013.

THE GREENSPAN FLOORTIME APPROACH. **About floortime**. Disponível em: <<https://www.stanleygreenspan.com/resources/about-floortime>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

VAIL, T. Personal correspondence. **Revista de Atualização Científica**, [S.l.], oct. 2000.

VALÉRIO, T. P.; BRUEL, M. R. Perfil psicomotor de crianças diagnosticadas com TDAH e crianças com autismo. **Saúde Meio Ambient.**, [S.l.], v. 3, n. esp., p. 43-44, out. 2014.

VECHIATO, M. **A terapia psicomotora**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2003.

VEIGA, G.; NETO, C.; RIEFFE, C. Preschoolers free play: connections with emotional and social functioning. **IJEE**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 48–62, 2016.

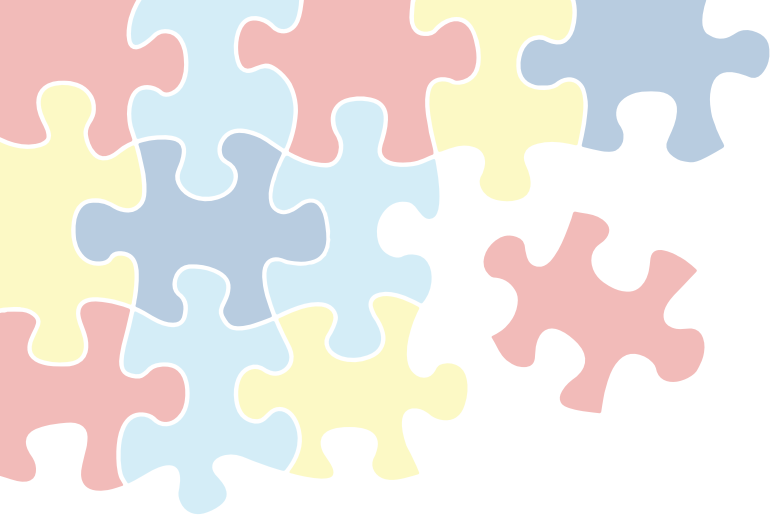
VERDI, M. T. Grupo de pais de crianças autistas: tessitura dos vínculos. **Rev. SPAGESP**, [S.l.], 2003.

VIERA, M. E. B.; ROBEIRO, F. V.; FORMIGA, C. K. M. R. **Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade**. **Revista Movimenta**, [S.l.], v. 2, n. 1, 2009.

VIRTUES-ORTEGA, J.; JULIO, F. M.; PASTOR-BARRIUSO, R. The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. **Clinical Psychology Review**, [S.l.], v. 33, 2013.

WIEDER, S.; GREENSPAN, S. Can children with autism master the core deficits and become empathetic, creative, and reflective? **Journal of Developmental and Learning Disorders**, [S.l.], v. 9, p. 1–22, 2005.

ZACHARY, W. et al. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorder. **PEDIATRICS**, [S.l.], v. 127, n. 5, p. 1303-1311, 2011.



5 EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA

Lívia Ferreira

Mariele Finatto

Márcia Terezinha Miranda

Fabiana Garcez

Liliam Barcelos

A educação especial configura-se como uma modalidade de ensino voltada para os alunos com deficiência, condutas típicas e altas habilidades, buscando promover sua inclusão, através da utilização de recursos pedagógicos e tecnológicos específicos (SANTA CATARINA, 2009).

Permeada por uma proposta de educação inclusiva, a educação especial orienta-se pelos princípios universais de direitos e dignidade dos seres humanos, reconhecendo e valorizando a diversidade como característica inerente à constituição humana. Dessa forma, contrapondo o paradigma tradicional da organização do sistema educacional, definido pelos modelos de segregação e de integração, a educação especial na perspectiva inclusiva adota como proposta pedagógica o ideal de que todos os alunos apresentam condições para aprender e que o lócus privilegiado para esse processo é o ensino regular (DUTRA; GRIBOSKI, 2006).

Para tanto, é assegurado que todas as pessoas na faixa etária de quatro a 17 anos tenham acesso à escola, mediante a garantia de matrícula e de frequência, cabendo ao poder público a disponibilização de recursos e serviços educacionais que possibilitem a permanência, com qualidade, dos educandos público-alvo da educação especial nas escolas da rede regular, garantindo-lhes o prosseguimento aos níveis mais elevados de ensino (SANTA CATARINA, 2009; BRASIL, 2009).

Dentre os alunos que constituem o público-alvo da educação especial, os alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam características específicas e necessitam de estratégias pedagógicas adequadas para sua aprendizagem e desenvolvimento. A seguir, serão apresentadas estratégias, baseadas em evidências, que podem ser utilizadas no atendimento pedagógico de alunos com TEA.

5.1 OS BENEFÍCIOS DA REDE REGULAR NO DESENVOLVIMENTO DA PESSOA COM TEA

Sabe-se que o Transtorno do Espectro Autista se caracteriza pela díade de interação social/comunicação e comportamento. Teorias cognitivas como a Teoria da Mente (ToM) indicam que pessoas com TEA apresentam dificuldade em atribuir estados intencionais aos outros e a si mesmo, o que traz importante prejuízo à vida psíquica.

O conceito de processamento ToM não se refere, de fato, a uma “teoria”, mas a uma habilidade mental automática de se atribuir estados mentais a si mesmo e a outros indivíduos, com a finalidade principal de compreensão e predição de seus comportamentos. (TONELLI, 2011, p.127).

A Teoria da Coerência Central também explica alterações no sistema de processamento de informações em pessoas com TEA. Segundo esta teoria, pessoas com TEA apresentam dificuldade em juntar as partes para formar um ‘todo’ provido de significado (FRITH, 1989; BOSA; CALLIAS, 2000).

Teorias cognitivas como a ToM e a Teoria da Coerência Central explicam os quadros de TEA. A compreensão a partir dessas teorias ajudam o profissional a entender os comportamentos de seus alunos e a intervir da forma mais adequada.

A literatura tem indicado que os deficit de Funções Executivas (FE) também estão ligados ao quadro de TEA, justificando a dificuldade que estas pessoas apresentam nas habilidades de memória de trabalho, flexibilidade mental, controle emocional, iniciação, automonitoramento, planejamento, organização e condução (CZERMAINSKI; BOSA; SALLES, 2013).

Levando em consideração os deficit nas FE na pessoa com TEA e a díade de características deste transtorno, compreende-se que a sua permanência na rede regular de ensino traz benefícios a esta população, uma vez que a escola oferece Atendimento Educacional Especializado (AEE), tempo de permanência, interação com pares, frequência, modelos sociais de comportamento, conforme pode-se compreender no quadro abaixo:

Quadro 3 - Estratégias baseadas em evidências que podem ser utilizadas em sala de aula e nas salas de AEE

ÁREAS	DEFICIT	ESTRATÉGIAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS	BENEFÍCIOS	EXEMPLO
Comportamento	Inflexibilidade/figidez	Utilização de reforço positivo para comportamentos apropriados (R+); Dividir sequência de um aprendizado em passos pequenos, ensinados um de cada vez (DTT) ² .	O aluno tende a aceitar gradativamente maiores demandas quando lhe é oportunizada a divisão do aprendizado em passos menores, seguidos de reforço positivo imediato.	Atividade exigindo a escrita de cinco palavras: entre cada palavra escrita, o aluno pode brincar com massinha durante 30 segundos (se brincar for reforçador para ele).
	Comportamento repetitivo e estereotipado	Retirada do motivador de algum comportamento disfuncional (EXT) ³ ; Introdução de um distrator ou direcionamento da atenção do aluno para a finalidade proposta (RIR) ⁴ ; Organização do ambiente através da estruturação e da utilização de rotinas (NI) ⁵ ;	Poderá haver uma redução dos comportamentos repetitivos e estereotipados quando o motivador destes comportamentos for retirado ou sua atenção direcionada para algo funcional. O comportamento repetitivo é reduzido a partir da organização da estrutura.	O aluno está realizando estereotípiamente ao pular insistentemente no pufe da sala: o professor direciona sua atenção para uma breve atividade; ou então providencia a retirada do pufe no próximo encontro; ou o interesse restrito (pufe) é inserido na rotina visual como reforço positivo e retirado desta rotina gradativamente.

Comportamento	Interesse restrito	Tentativa de reduzir o comportamento disfuncional introduzindo um distrator ou direcionando a atenção do aluno para o fim proposto (RIR) ⁴ ; Utilizar o interesse e a iniciativa do aluno para propor intervenções (PRT) ⁶ ;	O aluno aprende a dar funcionalidade ao objeto/interesse até então utilizados de maneira disfuncional.	O aluno interessa-se apenas por dimensões e resiste em fazer tarefas acadêmicas: o professor utiliza o tema em questão para motivar o aluno a participar das propostas e ampliar o seu interesse.
Comunicação e interação social	Tendência ao isolamento	Oportunizar ao aluno o aprendizado através da instrução e da intervenção mediada por pares, aumentando as oportunidades sociais e de aprendizagem em ambientes naturais (PMII) ⁷ ; Demonstrar ao aluno o comportamento apropriado para que ele o repita e internalize. Pode-se utilizar solicitação e R+ (MD) ⁸ ;	Através destas estratégias o aluno poderá compreender como comportar-se socialmente e como interagir com os pares, evitando o isolamento.	O aluno não consegue conversar com o grupo de amigos, pois não sabe como iniciar a conversa: o professor pode orientá-lo sobre como chegar até este grupo e que frases ele poderá utilizar para manter o diálogo (útil para TEA com boa compreensão e funcionalidade).
Comunicação e interação social	Tendência ao isolamento	Instrução individual ou em grupo para ensinar à pessoa com TEA maneiras apropriadas de interagir com os pares (SST) ⁹ .	Os colegas assumem um papel ativo nesse processo e o aluno modula seu comportamento através da observação/mediação dos pares.	O professor poderá propor uma “escala de ajuda”, onde cada dia um aluno da turma é responsável, acompanhado do professor, por apoiar o aluno com TEA a participar das atividades propostas.

Comunicação e interação social	Comunicação funcional	<p>Instrução individual ou em grupo para ensinar à pessoa com TEA maneiras apropriadas de interagir com os pares (SST)⁹;</p> <p>Organização do ambiente através da estruturação e da utilização de rotinas (NI)⁵;</p> <p>Utilizar cartões com a imagem do que deseja comunicar a fim de se fazer entender e realizar a troca pelo item desejado (PECS)¹⁰.</p>	<p>O aluno poderá conseguir comunicar-se de maneira funcional com os pares, uma vez que é instruído e utiliza apoio visual para este fim.</p> <p>O aluno conseguirá compreender o espaço e as atividades propostas de maneira visual, sem depender de explicação verbal, através do ensino estruturado.</p>	<p>O aluno com limitação na comunicação verbal precisa informar que gostaria de ir ao banheiro: ele pode mostrar ao professor um cartão contendo a imagem do banheiro para solicitar o que deseja; ou o aluno pode responder a um questionamento utilizando um cartão com imagem como apoio à sua resposta.</p>
Comunicação e interação social	Atenção compartilhada	<p>Atividades estruturadas realizadas em pequenos grupos (juntamente às crianças típicas), onde o adulto lidera a atividade, dando apoio necessário para que o aluno com TEA atinja os objetivos (SPG)¹¹.</p>	<p>Oportuniza ao aluno interagir com os pares de maneira funcional. Esta interação é importante, pois é preditora do desenvolvimento intelectual e social.</p>	<p>O aluno está participando de um jogo que inclui vários participantes: o professor media a situação, junto dos colegas, intercalando os momentos de cada participante e dando o tipo de apoio necessário, devendo haver a alternância de turno de comunicação entre os colegas.</p>

<p>Funções Executivas</p>	<p>Autorregulação, organização e planejamento</p>	<p>Organização do ambiente através da estruturação e da utilização de rotina (NI)⁵. Dividir sequência de um aprendizado em passos pequenos, ensinados um de cada vez (DTT)².</p>	<p>Através da estruturação e da utilização de rotina visual (agenda) o aluno terá previsibilidade das demandas para o período, diminuindo sua ansiedade, se autorregulando, organizando-se mentalmente através do apoio visual. Possivelmente conseguirá compreender melhor seu tempo de permanência na escola e o que está sendo exigido dele naquele período.</p>	<p>O aluno tem dificuldade de se autorregular emocionalmente no ambiente escolar: o professor elabora a rotina visual para que ele saiba as demandas que serão exigidas e consiga dar conta destas com previsibilidade. Ou o professor adapta uma atividade considerada complexa em pequenas partes, de forma estruturada, para que o aluno compreenda o que está sendo exigido dele, cumprindo com a demanda em pequenas partes.</p>
<p>Funções Executivas</p>	<p>Controle inibitório</p>	<p>Demonstrar ao aluno o comportamento apropriado para que ele o repita e internalize. Pode-se utilizar solicitação e R+ (MD)⁶,</p>	<p>Através desta estratégia, demonstrando o comportamento apropriado repetidas vezes, o aluno tende a repetir este comportamento para determinadas situações em outros momentos. A medida que o aluno aprende o comportamento funcional, o comportamento inadequado ou impulsivo é eliminado.</p>	<p>O aluno joga os copos de vidro no chão quando passa por eles: o professor pode demonstrar a ele que jogar o copo no chão é errado. Quando o aluno passar pelo copo sem jogá-lo no chão, pode ser reforçado com algo que o agrade.</p>

Funções Executivas	Flexibilidade cognitiva	Dar ao aluno o apoio que ele precisa para atingir o objetivo esperado, seja este apoio verbal, gestual ou físico (PP) ¹² .	O aluno sempre alcançará os objetivos propostos, independente do nível de apoio que precise. Desta forma, o professor estará ajudando-o a compreender o que deve ser feito e dando a oportunidade para que ele desenvolva independência na realização das tarefas. O apoio necessário deverá ser feito durante a execução da atividade.	O aluno precisa montar um quebra-cabeça: se necessário, o professor pode dar apoio físico, pegando a sua mão e direcionando-o; ou, se necessário, o professor pode dar apoio gestual, apontando/indicando o lugar da peça; ou, se necessário, o professor pode dar apoio verbal, dizendo onde encaixar a peça. Os apoios poderão repetir-se até que o aluno realize a tarefa com independência.
--------------------	-------------------------	---	---	---

Fonte: Elaborado por Lívia Ferreira e Mariele Finatto (2018) a partir do artigo Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Review (2015).

-
- 1 R+: Reinforcement
 - 2 DTT: Discrete trial teaching
 - 3 EXT: Extinction
 - 4 RIR: Response interruption/redirection
 - 5 NI: Naturalistic intervention
 - 6 PRT: Pivotal response training
 - 7 PMII: Peer-mediated instruction on intervention
 - 8 MD: Modeling
 - 9 SST: Social skills training
 - 10 PECS: Picture Exchange Communication System
 - 11 SPG: Structured play group
 - 12 PP: Prompting

5.2 ADEQUAÇÃO CURRICULAR E SEGUNDO PROFESSOR

Para que sejam eliminadas as barreiras que impedem o processo inclusivo de maneira efetiva, faz-se necessário que se leve em conta o desenvolvimento de cada aluno com TEA, adequando o currículo e oportunizando o segundo professor quando necessário, visto que a presença deste professor deve acontecer somente nos casos em que o aluno apresenta sintomatologia exacerbada.

5.2.1 Adequações Curriculares

A entrada na escola regular é um grande desafio para crianças com TEA, principalmente pelas especificidades de suas características, como a inflexibilidade, resistência às mudanças de rotinas, dificuldades com as relações sociais e de comunicação, dentre outras, sendo a função do professor fundamental no sentido de perceber que o espaço de aprendizagem engloba não apenas conhecimento acadêmico, mas também formação física, psicológica, cognitiva, social e afetiva.

Neste contexto, é necessário considerar que dentro do Transtorno do Espectro Autista são encontrados diferentes graus de comprometimento, que refletirão nas diferentes abordagens e intervenções realizadas, de forma individualizada. O principal objetivo que devemos ter em mente é de que os comportamentos adequados podem ser aprendidos e é necessário conhecer e compreender o processo de aprendizagem de cada aluno, identificando suas dificuldades e habilidades, o que possibilita a criação de um plano de aula adequado, com metas e estratégias que efetivem uma prática inclusiva.

Frente a essas situações, o MEC, por meio de suas discussões, traz o conceito de adequações curriculares com o propósito de tornar os conteúdos acessíveis a todos os alunos.

Possibilidades educacionais de atuar frente as dificuldades de aprendizagem dos alunos. Pressupõem que se realize a adequação do currículo regular, quando necessário, para torná-lo apropriado às peculiaridades dos alunos com necessidades especiais. Não um novo currículo, mas um currículo dinâmico, alterável, passível de ampliação, para que atenda realmente a todos os educandos. (BRASIL, 2003, p. 34).

Da mesma forma, a atuação do professor, na perspectiva inclusiva, deve ocorrer no sentido de planejar o conteúdo curricular com uma diversidade de atividades simultâneas, atendendo às necessidades especí-

ficas de aprendizagem do aluno com TEA, compreendendo que o currículo deve estar dentro do contexto dos assuntos trabalhados pela turma.

[...] um currículo que leve em conta a diversidade de deve ser, antes de tudo, flexível e passível de adaptações, sem perda de conteúdo. Deve ser concebido com o objetivo geral de reduzir barreiras atitudinais e conceituais, e se pautar por uma ressignificação do processo de aprendizagem na sua relação com o desenvolvimento humano. (KREPSKY, 2009, p. 55).

No contexto das adequações curriculares, o professor vai utilizar um recurso e deixá-lo mais acessível e adequado a cada pessoa, em vez de criar um planejamento à parte para a pessoa com autismo. Por isso, a importância de conhecer o aluno e suas especificidades para transformar a atividade original, oferecendo uma estrutura adicional, objetivando estabelecer uma relação harmônica entre as necessidades dos alunos e a programação curricular.

5.2.2 O papel dos professores

O professor regente é um elo fundamental entre o professor do AEE e o segundo professor, pois juntos conduzirão as melhores estratégias e possibilidades de evoluções. Tais objetivos devem estar direcionados dentro de uma visão global, pensando na evolução de vários aspectos, sendo eles: cognitivos, interação, comunicação e comportamentais.

Vale ressaltar que a responsabilidade da aprendizagem dos alunos com TEA não deve estar direcionada somente aos professores do atendimento educacional especializado e segundo professor. É fundamental que o professor regente conheça seu aluno e suas especificidades cognitivas, bem como suas características, pois somente quando cientes de tais especificidades é possível desenvolver propostas educacionais coerentes com a necessidade dos alunos, em vez de insistir em atividades mecânicas, sem significado e fora do contexto escolar.

De acordo com o Programa Pedagógico do Estado de Santa Catarina (2009), o segundo professor de turma possui atribuições específicas, que vão desde planejar e executar atividades pedagógicas em conjunto com o professor regente como propor as adequações curriculares e sugerir ajudas técnicas facilitadoras do processo de aprendizagem.

Atribuições do segundo professor: planejar e executar as atividades pedagógicas, em conjunto com o professor titular, quando estiver

atuando nas séries iniciais do ensino fundamental; propor adaptações curriculares nas atividades pedagógicas; participar do conselho de classe; tomar conhecimento antecipado do planejamento do professor regente, quando o educando estiver matriculado nas séries finais do ensino fundamental; participar com o professor titular das orientações (assessorias) prestadas pelo SAEDE e/ou SAESP; participar de estudos e pesquisas na sua área de atuação mediante projetos previamente aprovados pela SED e FCEE; sugerir ajudas técnicas que facilitem o processo de aprendizagem do aluno da educação especial; cumprir a carga horária de trabalho na escola, mesmo na eventual ausência do aluno; participar de capacitações na área de educação. (SANTA CATARINA, 2009, p. 17).

É importante ressaltar que, conforme o Programa Pedagógico do Estado de Santa Catarina (2009), o segundo professor tem o papel de *corregger* a turma nas séries iniciais do ensino fundamental e de *apoiar* nas séries finais do ensino fundamental.

5.2.3 Tecnologias a favor da inclusão de pessoas com TEA na rede regular

As tecnologias possibilitam o acesso à informação, promovem aprendizagem significativa no processo de inclusão das pessoas com TEA, aumentando o potencial acadêmico, resolução de problemas e expressão de ideias.

As tecnologias devem fazer parte na vida da pessoa com autismo, pois este é aluno integrante da escola e integra uma sociedade ao qual tem direito. O estudo apresentado por Raquel Pinho Pires (2014) demonstra uma aceleração no desempenho de alunos com autismo com o uso das tecnologias de informação e comunicação (TIC), fazendo com que eles apresentem concentração maior e aumento no desempenho das atividades. Por consequência, a aprendizagem se torna mais significativa.

A possibilidade de acesso às mídias digitais no processo de ensino e aprendizagem do aluno com autismo (computador, *tablet*, *smartphone*, dentre outras) favorece o desenvolvimento de habilidades como: compreensão do ambiente ao seu redor; e habilidades de interação social, comunicação, atenção, motivação, organização, acadêmicas, de autoajuda e hábitos diários.

As pessoas com TEA processam de forma mais fácil a informação visual em comparação à informação auditiva. Sendo assim, o uso da tecnologia facilita o aprendizado quando elencada e estudada a melhor forma de repassar a seus alunos, com planejamentos e estratégias específicas a cada um, dando ênfase nas dificuldades ou aprimorando suas qualidades.

5.2.3.1 Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)

Sabendo que as pessoas com TEA processam de forma mais fácil a informação visual, é importante pensar em formas de comunicação aumentativa e alternativa que possibilitem melhor compreensão por estas pessoas. O PECS (*Picture Exchange Communication System*) é um sistema de comunicação que enfatiza o relacionamento interpessoal, onde a comunicação entre os indivíduos acontece através de troca de figuras.

[...] o PECS, um método de CAA (...) parece ser um promotor de comunicação gestual e vocal em indivíduos com TEA/TGD e/ou dificuldades de fala, apesar de indicar ser uma estratégia de ensino individual. Os ganhos obtidos parecem ser inicialmente as trocas de figuras, realizadas de maneira independente, seguidas de vocalizações e/ou aproximações de palavras com intenção comunicativa, chegando à fala funcional em alguns casos. (MIZAEL; AIELLO, 2013, p. 364).

O PECS acontece em seis fases, onde inicialmente o aluno aprende a possibilidade de comunicação por meio das figuras, expandindo esta habilidade para outras formas de comunicação, como responder questionamentos, manifestar seus desejos e desgostos, bem como a tentativa de vocalizações com intenção comunicativa.

5.3 ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

5.3.1 O que é o AEE

O Atendimento Educacional Especializado (AEE) é uma atividade de caráter pedagógico, prestado por profissional da educação especial, voltado ao atendimento das especificidades dos alunos público-alvo da educação especial. Seu objetivo geral é complementar, apoiar e suplementar o processo de ensino e aprendizagem.

O atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos estudantes, considerando suas necessidades específicas. [...] Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos estudantes com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. (BRASIL, 2008, p. 11).

O AEE para aluno com Transtorno do Espectro Autista tem como objetivo principal estimular o desenvolvimento cognitivo, qualificando habilidades de organização, interação e comunicação. Busca favorecer a autonomia, ampliar o repertório de interesses, desenvolvendo a sua funcionalidade, para obter avanços no processo de aprendizagem. Os objetivos específicos são:

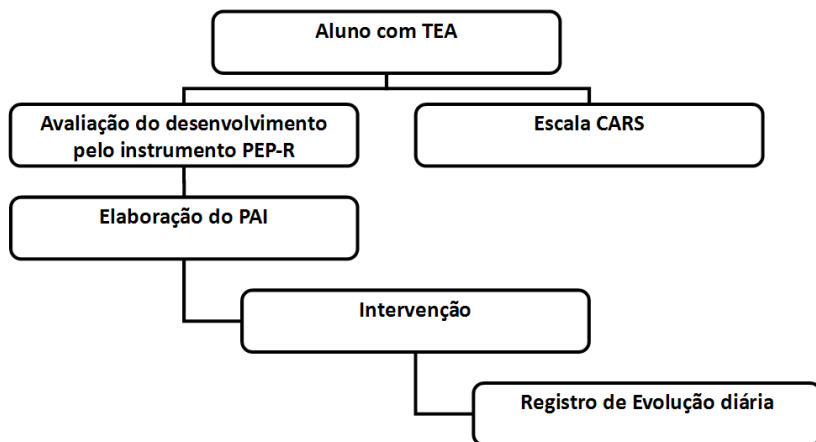
- Qualificar a comunicação compreensiva e expressiva, através de diferentes formas de linguagem;
- Ampliar a capacidade de interação social e de atenção compartilhada, para fins de qualificar as relações em diferentes contextos e diferentes interlocutores;
- Aperfeiçoar a habilidade de organização no ambiente, a fim de criar estratégias que facilitem a execução de suas ações;
- Promover a previsibilidade através da estruturação do ambiente, bem como das propostas de atividades e de sua rotina diária;
- Qualificar a função de flexibilidade cognitiva, a fim de que o aluno amplie as suas possibilidades de resolução de problemas;
- Aperfeiçoar a capacidade de generalização, a fim de que o aluno consiga ampliar sua compreensão para outros contextos;
- Modular o comportamento e desenvolver a autorregulação, para que o aluno possa corresponder adequadamente às demandas sociais;
- Aprimorar o desenvolvimento das funções executivas, favorecendo a independência e autonomia do aluno.

A elegibilidade de alunos para este serviço segue o seguinte critério: apresentar diagnóstico de TEA e frequentar a educação básica.

5.3.2 Estrutura e organização do AEE/TEA na FCEE

Atualmente, o Atendimento Educacional Especializado para alunos com Transtorno do Espectro Autista – TEA que acontece no Centro de Ensino e Aprendizagem (CENAP) na FCEE, ocorre por meio de sessões de cinquenta minutos, duas vezes por semana. Este atendimento pode ser representado, esquematicamente, pelo fluxograma abaixo:

Fluxograma 1 - Abordagem dos estudantes com transtorno do espectro autista no Centro de ensino e aprendizagem



Fonte: Elaborado por Livia Ferreira e Mariele Finatto (2018).

5.3.2.1 Avaliações

O aluno inicialmente é avaliado através do instrumento Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R) e pela escala CARS (Escala de Avaliação do Autismo na Infância).

O PEP-R é um instrumento que mensura a idade de desenvolvimento do aluno, identificando desvios no desenvolvimento que acarretam irregularidades na aprendizagem. As áreas de desenvolvimento avaliadas são imitação, percepção, motricidade fina, motricidade ampla, visuomotora, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento cognitivo verbal. Através deste instrumento, o profissional poderá elaborar o planejamento psicoeducacional da criança, tendo como objetivos as áreas emergentes verificadas na avaliação.

O PEP-R, ou perfil psicoeducacional revisado (Schopler, Reichler, Bashfod, Lansing & Mar-

cus, 1990), é um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. Este instrumento surgiu em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planejamento psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children). (LEON, 2004, p. 39).

A escala CARS é usada para diagnosticar crianças com autismo. Embora esta escala seja diagnóstica, ela pode ser usada para mensurar a evolução da pessoa com TEA. Esta inclui 15 itens comportamentais (relação com pessoas, imitação, resposta emocional, uso do corpo, uso de objetos, adaptação a mudanças, respostas sensoriais, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal, nível de atividade, consistência na resposta intelectual e impressões gerais). É capaz de indicar nessas diversas áreas do desenvolvimento quais os pontos fortes e quais os deficitários. Tanto o acompanhamento educacional ou terapêutico pode mensurar a evolução durante as intervenções.

Estas avaliações acontecem sistematicamente a cada seis meses. Após a avaliação por estes instrumentos, o professor elabora o PAI (Plano de Atendimento Individualizado), contendo os objetivos e as estratégias que deverão ser levados em conta durante as intervenções realizadas. O PAI tem validade de 6 meses, devendo ser refeito após este período.

5.3.2.2 Elaboração do Plano de Atendimento Individualizado – PAI

O PAI embasa a intervenção que será realizada com cada aluno. Neste plano, estão descritos as áreas de desenvolvimento emergentes, seguidas de seus objetivos específicos e das estratégias do professor para atingir os objetivos elencados.

São consideradas áreas de desenvolvimento emergente as áreas apontadas no instrumento PEP-R. São todas as habilidades em que a criança não apresentou total domínio das competências no momento da avaliação. Além das áreas apresentadas pelo instrumento, o professor deverá considerar áreas que o PEP-R não aponta, mas que devem ser trabalhadas para o desenvolvimento integral do aluno, como comportamento e habilidades que compõem as funções executivas.

5.3.2.3 Fundamentação das intervenções

A metodologia aplicada nas intervenções com Transtorno do Espectro Autista são norteadas a partir de significativas evidências científicas.

Para que se alcance o sucesso no atendimento voltado para alunos com Transtorno do Espectro Autista no atendimento educacional especializado (AEE/TEA), o professor poderá fundamentar a sua ação em práticas, conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 4 – Sugestão de práticas para as intervenções

Organizar o ambiente através da estruturação e da utilização de rotina.
Dividir sequência de um aprendizado em passos pequenos, ensinados um de cada vez.
Dar ao aluno o apoio que ele precisa para atingir o objetivo esperado, seja este apoio verbal, gestual ou físico.
Utilizar reforço positivo para comportamentos adequados.
Utilizar um cartão com a imagem do que deseja comunicar a fim de fazer-se entender e realizar a troca pelo item desejado.
Oportunizar suporte visual para que o aluno envolva-se em um comportamento desejado ou habilidades independentes de incentivo.
Oferecer ao aluno narrativas que oportunizem a ele exemplos de respostas adequadas à situações sociais específicas. Pode-se utilizar apoios visuais.
Orientar as famílias quanto ao manejo adequado com o aluno em casa e na comunidade, através de um programa estruturado, fornecendo intervenções individualizadas para aumentar e melhorar as suas habilidades.

Fonte: Elaborado por Lívia Ferreira e Mariele Finatto (2018) a partir do artigo Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Review (2015).

Importante ressaltar a importância do trabalho através do ensino estruturado para alunos com TEA.

O ensino estruturado é uma intervenção na qual se baseia a filosofia TEACCH e que permite uma variedade de métodos instrucionais e aplicações no dia a dia. Envolve estratégias comportamentais, uso de apoio e prompts¹³ (dicas) visuais, comunicação alternativa, integração sensorial, estímulos discriminativos consistentes que favorecem respostas mais apropriadas. (FONSECA, 2014, p. 19).

Através do ensino estruturado, o ambiente organiza-se de tal maneira para que mentalmente o aluno também consiga se organizar, internalizando conhecimentos e generalizando-os em outros momentos.

5.3.3 Orientação para os professores

A orientação para os professores da rede regular deve ser feita pelo professor do AEE/TEA, conforme consta no Programa Pedagógico do Estado de Santa Catarina (2009). O professor do AEE deve assessorar e subsidiar o professor do ensino regular, bem como orientar quanto às adaptações curriculares necessárias para o sucesso escolar do aluno com TEA incluído no ensino regular.

Os profissionais, para atuarem no SAEDE, deverão cumprir as atribuições mencionadas a seguir: (...) orientar e subsidiar o professor da sala de aula (ensino regular) e a turma na qual o aluno está matriculado; (...) orientar o professor da classe regular quanto às adaptações curriculares no contexto da metodologia, avaliação e temporalidade. (SANTA CATARINA, 2009, p. 28).

As orientações realizadas pelo professor do AEE para o professor da rede regular devem ser baseadas em evidências. Sabe-se que algumas orientações já são amplamente consideradas efetivas no trabalho com alunos com TEA (BAGAILOLO; GUILHERDI; ROMANO, 2011), como:

- Disponibilizar ao aluno uma resposta imediata frente a conclusão da tarefa ou demonstração adequada de seu comportamento;
- Comparar cada aluno com ele mesmo, levando em conta a sua aprendizagem específica e individual no processo de aprendizagem planejado. O aluno não deve ser comparado com a turma, mas com seu desempenho individual;
- Fragmentar as tarefas assegurando a aprendizagem de cada pré-requisito necessário para compor uma aprendizagem complexa. As tarefas devem ser divididas em pequenos blocos para que o aluno consiga atingir o objetivo;
- Adequar o material individualmente, de acordo com as necessidades do aluno, para aumentar suas chances de compreensão;

- Oportunizar ao aluno a aprendizagem sem erro, onde o aluno consiga atingir o objetivo da tarefa, mesmo sendo necessários níveis de apoios hierárquicos (físico, gestual, verbal).

Pensando nas características pertinentes ao TEA, outras orientações são importantes para minimizar as dificuldades encontradas pelos professores em sala de aula (GEPAI, 2016), como:

- Rotina: devido à dificuldade que os alunos com TEA apresentam com o que é desconhecido e imprevisível, a utilização de rotinas como programação visual das atividades é essencial para dar previsibilidade ao aluno;
- Comunicação: alunos com TEA podem apresentar dificuldade na comunicação expressiva e compreensiva, portanto, o professor deve criar oportunidades para o aluno comunicar-se verbalmente, bem como utilizar linguagem clara, simples e concisa para facilitar sua compreensão. Em alguns casos, há a necessidade de se utilizar comunicação alternativa;
- Socialização: o professor deve promover a aprendizagem de uma interação recíproca entre o aluno autista e os colegas da turma. Motivar o aluno a estar junto com os colegas, propor atividades interativas, ensinar habilidades sociais efetivas, modelar o comportamento do aluno, utilizar histórias sociais e ações por roteiros também são dicas importantes para o desenvolvimento da socialização.

Quadro 5 – Exemplo de adequação curricular

Conteúdo	Objetivo da turma	Objetivo para o aluno TEA	Estratégias e materiais adaptados	Avaliação
Números de 1 a 20.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os numerais de 1 a 20. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os numerais de 1 a 10. Aprender a sequência numérica em ordem crescente de 1 a 10. 	<p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Numerais em madeira. Material dourado. Pasta estruturada de ordem numérica. Bolicho contendo os numerais trabalhados em cada momento. <p><u>Estratégias</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Relacionar os numerais de madeira com a quantidade especificada pela professora. Na pasta, ordenar os numerais conforme a solicitação. Com o bolicho, identificar os pinos com alguns numerais trabalhados para registrar os pinos derrubados, quantificando com material dourado. 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar os apoios necessários em cada atividade para o aluno atingir o objetivo. Se necessário, fragmentar ainda mais a tarefa: 1 a 5, 6 a 10, 11 a 15, 16 a 20. O aluno atingiu os seus objetivos no momento que identificar os numerais solicitados, quantificar e colocá-los em ordem crescente.
	<ul style="list-style-type: none"> Quantificar os numerais de 1 a 20. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os numerais de 11 a 20. Aprender a sequência numérica em ordem crescente de 11 a 20. 		

Fonte: Elaborado por Livia Ferreira e Mariele Finatto (2018).

A adequação curricular é fundamental para a inclusão do aluno com TEA na rede regular de ensino. Esta adaptação deve levar em conta o conteúdo programado para o grupo daquela sala de aula, as habilidades e dificuldades apresentadas pelo aluno com TEA, os objetivos específicos para a turma e para o aluno com TEA, as estratégias necessárias e os materiais adaptados para se atingir os objetivos e a forma de avaliação.

5.4 SERVIÇO PEDAGÓGICO ESPECÍFICO

Serviço direcionado ao atendimento de usuários na faixa etária de 06 a 17 anos, disponibilizado nas instituições especializadas para pessoas com Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual Grave associados ou não a outras deficiências, com baixa funcionalidade e problemas de saúde e/ou comportamentais que inviabilizem a sua permanência na escola regular. O encaminhamento para este serviço somente poderá acontecer quando se esgotam todas as possibilidades de inclusão no ensino regular.

O Serviço Pedagógico Específico está regulamentado por determinação estadual, conforme estabelece sua elegibilidade a Resolução CEE/SC n. 100, de 13 de dezembro de 2016 em seu Art. 5º, inciso I:

Os alunos de que trata este Artigo poderão frequentar exclusivamente Centros de Atendimento Educacional Especializados ou instituições conveniadas, apenas quando o laudo emitido por equipe multiprofissional prescrever que a permanência no ensino regular importa em graves prejuízos ao aluno, ouvido este, sua família e equipe pedagógica da escola, devendo a Fundação Catarinense de Educação Especial aprovar esse entendimento. (SANTA CATARINA, 2016, p. 6).

Diante das especificidades da pessoa com Transtorno do Espectro Autista com baixa funcionalidade, é de fundamental importância adequar os ambientes, promovendo meios para facilitar o entendimento do mundo e construir ordem e organização (FONSECA; CIOLA, 2016).

Da mesma forma, fundamenta-se na proposta de um ensino estruturado, oportunizando os princípios da organização, rotina, tarefas estruturadas, material concreto e comunicação alternativa, tendo em vista as características peculiares destas pessoas no que se refere a inflexibilidade, comprometimento nas habilidades sociais, comunicação, interação e interesses restritos.

Tendo em vista a necessidade de apoio em várias áreas de habilidades adaptativas, orienta-se, além das estratégias de ensino estruturado, o uso do Currículo Funcional Natural, pois é uma proposta de ensino que visa à melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro autista. De um modo geral, trata-se de um amplo entendimento de ensino projetado para oferecer oportunidades para os educandos aprenderem as habilidades que são importantes para torná-los independentes, competentes, produtivos e felizes em diversas áreas importantes da vida familiar e em comunidade. A ideia básica é que o ensino esteja orientado para promover a interação positiva desse aluno com o meio em que vive.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. Psicologia e os transtornos do espectro do autismo. In: SHCWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. (Coord.) **Transtorno do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011. p. 173-201.

BAGAILOLO, L.; GUILHARDI, C.; ROMANO, C. Análise aplicada do comportamento. In: SHCWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. (Coord.) **Transtorno do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011. p. 278-296.

BOSA, C.; CALLIAS, M. **Autismo**: uma breve revisão de diferentes abordagens. 2000. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/107464>>. Acesso em: 16 maio 2017.

BRASIL. **Estratégias para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais**. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Especial, 2003.

_____. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SECADI, 2008.

_____. Emenda Constitucional n. 59, de 11 de novembro de 2009. **Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias...** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc59.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

CZERMAINSKI, F. R.; BOSA, C. A.; SALLES, J. F. Funções executivas em crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo: um estudo de revisão sistemática. **Psico.**, [S.l.], v. 44, n. 4, p. 518-525, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11878/10844>>. Acesso em: 12 maio 2017.

DUTRA, C. P.; GRIBOSKI, C. M. **Educação inclusiva**: um projeto coletivo de transformação do sistema educacional. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE FORMAÇÃO DE GESTORES E EDUCADORES, 2006, Brasília: MEC/SEESP, 2006, p. 17-23.

FONSECA, M. E. G.; CIOLA, J. **Vejo e aprendo: fundamentos do Programa TEACCH: o ensino Estruturado para pessoas com autismo**. 2. ed. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2016.

KREPSKY, M. C. **Deficiência mental**. Indaial: Grupo Uniasselvi, 2009.

LEAR, K. **Ajude-nos a aprender: manual de treinamento ABA**. 2. ed. 2004. Disponível em: <<http://www.autismo.psicologiaeciencia.com.br/wp-content/uploads/2012/07/Autismo-ajude-nos-a-aprender.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

LEON, V. et al. Propriedades psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 39-52, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2017.

MIZAEL, T. M.; AIELLO R. A. L. Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 19, n. 4, p. 623-636, out./dez., 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ana_Aiello/publication/260765661_Review_of_studies_on_the_Picture_Exchange_Communication_System_PECs_for_teaching_language_to_individuals_with_autism_and_other_speech_difficulties/links/0f31753cba5a7d3740000000.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

MOIURA, R. K. K. Considerações sobre o Currículo Funcional Natural – CFN. In: OLIVEIRA, A. A. S.; OMOTE, S.; GIROTO, C. R. M. (Org.). **Inclusão escolar: as contribuições da educação especial**. Marília: Fundepe Editora, 2008. p.153-165.

PEERENBOOM, T. D. **A literature review of the Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH)**. 2003. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/fb83/1236177dfe71513b6c215dea6a9d915e9f6d.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

PIRES, R. P. **O impacto das TIC no sucesso educativo de alunos com autismo**. Lisboa: [s.n.], 2014.

QUEIROZ, M. S. **Autismo e tecnologia**. *Revista Autismo*, [S.l.], n. 1, ano 1, 2011. Disponível em: <www.revistaautismo.com.br/edic-o-1/autismo-e-tecnologia>. Acesso em: 4 abr. 2017.

SANTA CATARINA. Resolução **CEE/SC n. 100, de 13 de dezembro de 2016**. Estabelece normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Educação de Santa Catarina. Florianópolis, SC: CEE, 2016.

_____. Secretaria do Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina**. São José, SC: FCEE, 2009.

_____. Secretaria de Estado da Educação. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Programa Pedagógico**. São José, SC: FCEE, 2009.

OMAIRI, C. et al. (Org.). **Autismo**: perspectivas do dia a dia. Curitiba: Ithala, 2013.

SUPLINO, M. **Ensinando a pessoas com autismo e deficiência intelectual**. Rio de Janeiro: Ed. Diferenças, 2011.

TONELLI, H. Autismo, teoria da mente e o papel da cegueira mental na compreensão de transtornos psiquiátricos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 126-134, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000100015&lng=en&nrm=i-so>. Acesso em: 2 jun. 2017.

WONG, C. et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: a comprehensive review. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 45, n. 7, p. 1951-1966, jul. 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-014-2351-z>>. Acesso em: 12 maio 2017.

6 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E EMPREGABILIDADE DA PESSOA COM TEA

*Giovana Marchi Flôres
Kátia Regina Ladewig*

Durante anos, a pessoa com TEA foi percebida a partir de uma visão marcante de inabilidade em termos de competências para construir uma vida socioprofissional. Seu comportamento, estruturado por uma rotina sistemática, bem como a dificuldade em estabelecer relações pessoais ainda são percebidos como um grande impeditivo para a sua inclusão no processo de qualificação profissional e no mercado de trabalho. Apesar de este tema ser amplamente discutido, a produção acadêmica brasileira, nesta área, é restrita. (LEOPOLDINO, 2015)

De acordo com Leopoldino (2015, p. 857), “As dificuldades vivenciadas pelos autistas no cotidiano servem continuamente como obstáculo à sua inserção e permanência no mercado de trabalho.”

Robertson (2009), pesquisador e portador de TEA, elenca como principais obstáculos vivenciados pelos autistas no mercado de trabalho, os seguintes fatores: gerenciar os processos de procura de emprego e de participação em processos seletivos; adaptação a novas rotinas e procedimentos para os empregos; dominar as demandas sociais e de comunicação do local de trabalho; lidar com demandas sensoriais do local de trabalho; engajar-se em linhas de pensamento reflexivas orientadas a metas no trabalho, como organização e planejamento; lidar com atitudes negativas e estigmas associados ao autismo e, por fim, enfrentar desafios à saúde mental, relacionados a dificuldades no ambiente de trabalho (ROBERTSON, 2009 apud LEOPOLDINO, 2015, p. 859).

Além das características apresentadas pelo espectro, as pessoas com autismo ainda se deparam com a presença das barreiras atitudinais, com a desinformação sobre o tema e com o desconhecimento em relação ao potencial produtivo destas (SILVA, 2013).

No entanto, Leopoldino (2015), aponta que o profissional com autismo, no que se refere ao trabalho, apresenta características que podem maximizar a sua capacidade produtiva.

Maior facilidade em seguir regras e manter rotinas; maior atenção aos detalhes; maior facilidade com funções repetitivas; preferir ambientes visualmente organizados, trazendo ordem a ambientes desorganizados; excelente memória para detalhes; maior lealdade a um ambiente de trabalho suportivo; menor taxa de atrasos e demoras nas pausas do trabalho; menor perda de tempo em conversas com colegas de trabalho ou chamadas telefônicas pessoais e, adicionalmente, habilidade em apresentar conhecimento aprofundado em áreas pelas quais tenha um interesse especial (LEOPOLDINO, 2015, p. 859).

Sendo assim, mesmo que as características referentes ao transtorno se mantenham preservadas, estas passam despercebidas quando as especificidades de cada um são respeitadas e o foco concentra-se no seu potencial e nas habilidades que pode oferecer.

É importante salientar que pessoas com TEA, assim como qualquer outro trabalhador, quando sentem-se reconhecidas e valorizadas no seu ambiente de trabalho tendem a tornar-se profissionais comprometidos e envolvidos com a empresa. Passam a perceber que o trabalho contribui para a conquista de dignidade e o direito de exercer plenamente a sua cidadania. Em geral, são profissionais que permanecem na empresa e são lembrados e mencionados pelo “tempo de casa”, pela produtividade e eficiência e pela eficaz capacidade para perceber detalhes visuais (SILVA, 2013).

Considera-se importante mencionar que, da mesma forma que pode ocorrer com qualquer trabalhador, a pessoa com TEA pode não se adaptar em determinado posto de trabalho. Neste caso, os profissionais que promovem o encaminhamento e realizam orientações devem verificar a possibilidade de adequações na função; esta ação é fundamental para o sucesso na inclusão deste.

Leopoldino (2015, p. 859), observa que “[...] o suporte adequado aos indivíduos nos ambientes de trabalho é uma das formas para se viabi-

lizar o acesso ao trabalho para os portadores de TEA, amenizando as dificuldades.”

De acordo com o movimento de pais, familiares e amigos de cidadãos com deficiência “Dar Resposta” (2014, p. 129):

As pessoas com PEA são mais propensas a ter sucesso em papéis caracterizados por rotinas consistentes, com interações sociais e tarefas bem definidas. Exemplos de funções são, entre outras, programação de computadores, operar numa oficina de pianos ou de artes gráficas, outras funções não exigentes ao nível do contacto social, adequadas a pessoas com PEA dotadas de habilidades especiais numa dessas áreas. Ou uma função de organização, classificação, ordenação e registro de documentos, com uma exigência básica ao nível do contacto social, com um colega a quem recorrer se o contacto social exigido por um cliente se tornar mais elaborado.

Desta forma, percebe-se a relevância de incluir “o profissional certo” na “função certa”. Caso seja necessário, e com anuência do empregador, é importante adotar um plano de orientações sistemáticas, com a participação da chefia imediata ou colega de trabalho que atua na mesma função, pois, para algumas pessoas com TEA, é imprescindível que a rotina seja estabelecida ou organizada para reforçar suas obrigações e atividades diárias.

Neste contexto, busca-se alcançar resultados positivos em relação à atuação deste profissional, no sentido de atender às expectativas do empregador e do empregado. Por isto, nessas situações é tão salutar uma liderança flexível, justa, respeitadora da diversidade humana e que saiba valorizar o que cada um tem de melhor, principalmente quando se refere ao profissional com deficiência.

A construção de uma cultura inclusiva e de suporte adequado permite que o potencial dos portadores de TEA possa se reverter efetivamente em trabalho e resultados, explorando os pontos fortes manifestados pelos profissionais autistas. As políticas públicas podem estimular este processo. (LEOPOLDINO, 2015, p. 861).

No entanto, é recente a existência de dispositivos que garantam o acesso e a permanência das pessoas com TEA no mercado de trabalho. No que se refere à legislação brasileira, o Ministério do Trabalho e Emprego, até 2012, não reconhecia a pessoa com TEA como pessoa com de-

ficiência, não sendo esta beneficiada pela Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991, conhecida como a Lei de Cotas, que estabelece um percentual de vagas de trabalho para pessoas com deficiência (BRASIL, 1991). Somente com a promulgação da Lei n. 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que considera a pessoa com TEA como pessoa com deficiência, estas passaram a se beneficiar da Lei de Cotas, fato este que contribuiu para o estabelecimento de novo olhar quanto à inclusão no mercado de trabalho, bem como no processo de qualificação profissional (BRASIL, 2012).

Para promover o acesso dessa população ao mercado de trabalho, houve a necessidade de incluir a pessoa com deficiência e a pessoa com autismo no processo de qualificação profissional. Isto só foi possível a partir da criação de dispositivos legais.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, instituída por meio da Resolução CNE/CEB n. 2, de 11 de setembro de 2001, em seu art. 17, dispõe sobre a inclusão na educação profissional:

Em consonância com os princípios da educação inclusiva, as escolas das redes regulares de educação profissional, públicas e privadas, devem atender alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, mediante a promoção das condições de acessibilidade, a capacitação de recursos humanos, a flexibilização e adaptação do currículo e o encaminhamento para o trabalho, contando, para tal, com a colaboração do setor responsável pela educação especial do respectivo sistema de ensino. (BRASIL, 2001, p. 4).

O Decreto Federal n. 6.949/2009 promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), que assegura, também, o direito ao trabalho e à educação. Destacam-se:

Art. 24 – Educação [...] 5. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino superior em geral, treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições. Para tanto, os Estados Partes assegurarão a provisão de adaptações razoáveis para pessoas com deficiência.

Art. 27 – Trabalho e emprego 1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência ao trabalho, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Esse direito abrange o direito à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. [...] Possibilitar às pessoas com deficiência o acesso efetivo a programas de orientação profissional e a serviços de colocação no trabalho e de treinamento profissional e continuado; (BRASIL, 2009).

As políticas públicas voltadas à qualificação profissional das pessoas com autismo tem por objetivo instrumentalizá-las para as demandas que poderão enfrentar no ambiente profissional. Para tanto, é importante a participação em cursos técnicos profissionalizantes inclusivos, em aconselhamento vocacional, a participação em estágios e o acompanhamento por profissionais da área de serviço social e psicologia, no decorrer do período inicial e posterior à contratação (LEOPOLDINO, 2015).

No que se refere às políticas voltadas ao incentivo à contratação pelas empresas, destaca-se:

Como medidas de incentivo à contratação por parte dos empregadores, podem ser destacadas: o incentivo financeiro a estágios e à contratação em organizações privadas, de natureza temporária ou permanentemente; a abertura de vagas de estágio e emprego em organizações públicas para os portadores de TEA; criação de programas de formação de mentores, gestores e empregadores de autistas; implantação de programas de conscientização de empregadores e gestores; o incentivo ao empreendedorismo, voluntariado e cooperativismo envolvendo autistas e suas famílias. (LEOPOLDINO, 2015, p. 862).

A crescente inclusão de pessoas com TEA no mercado de trabalho, em outros países, tem possibilitado demonstrar a atuação profissional destas. Isto tem ocasionado a quebra de uma visão reducionista e o profissional com TEA vem ganhando espaço e, por vezes, a preferência de responsáveis pelo recrutamento de novos profissionais.

Maranhão (2016) observa:

Em geral, para acompanhar o que a lei determina, algumas empresas no mundo já se tornaram esperança para portadores de déficits na comunicação e na interação social. As mais conhecidas como a SAP AG, de *software*; Microsoft, Siemens, TDC (telecomunicações da Dinamarca), Freddie Mac (agência norte-americana de hipotecas) e Nordea (financeira sueca), buscam facilitar o acesso dos autistas ao mercado e estão se adaptando, criando equipes para aconselhamento desses profissionais ou modificando algumas características do posto de trabalho [...]. Por fim, já existem companhias que organizam períodos de um mês para adaptação dos novos empregados e o seu treinamento.

De acordo com *Kelland (2013, n.p.)*, a SAP, empresa alemã criadora de softwares de gestão de empresas, tem por objetivo empregar 650 pessoas com TEA até 2020, cerca de 1% de sua força de trabalho. A ação é resultado do sucesso dos projetos-piloto realizados na Índia e na Irlanda, com a consultoria da *Specialisterne*, uma empresa dinamarquesa que realiza a colocação de pessoas com TEA no mercado de trabalho. Seu fundador afirma que “[...] Eles têm boa memória, uma mente muito bem estruturada, paixão por detalhes, bom faro para encontrar erros e perseverança para realizar atividades repetitivas.”

Em entrevista à revista *ISTO É*, Marc Lazar, da empresa norte-americana *Aspiritech*, relata que desde 2016 mantém em seu quadro de profissionais 11 engenheiros com TEA trabalhando nos testes de softwares. Reporta que “Em testes para medir essa habilidade, eles cumprem o desafio em 60% do tempo gasto pelos demais e com grande acurácia.” (COSTA, 2016, n.p.).

Segundo Maranhão (2016, n.p.) “[...] menos de um terço das pessoas entre 16 e 65 anos com algum tipo de deficiência trabalha em empresas e, deste grupo, metade é formado por autistas – que correspondem a um contingente de quase 3 milhões de pessoas.”

No que se refere ao Brasil, Maranhão (2016, n.p.) aponta que:

[...] os números da última Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do Ministério do Trabalho, comprovam que dos mais de 325 mil deficientes inseridos no mercado de trabalho no

País, em 2011, apenas 5,78% tinham algum tipo de deficiência mental ou intelectual. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), as deficiências de tipo mental, onde se enquadra o TEA, são as que mais encontram dificuldade.

Apesar da existência de legislação que assegura a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, dentre elas as pessoas com TEA, há uma resistência por parte das empresas em admitir estes profissionais (LINO; CUNHA, 2008).

No Brasil, tendo em vista a instabilidade econômica, além do aumento da competitividade, da necessidade de qualificação profissional e, conseqüentemente, do crescente desemprego, o que se verifica é que a falta de informação e a crença de que o indivíduo com deficiência não tem qualificação e não apresenta eficácia no ritmo de produtividade imposto pela empresa são fatores que dificultam a contratação dessas pessoas. (LINO; CUNHA, 2008, p. 68).

Silva (2013) também é enfático quando se refere ao preconceito em relação aos profissionais com TEA:

Infelizmente, quanto a certas deficiências que são capazes de gerar rejeições, encontra-se o espectro autista que devido à ausência de informações sobre a síndrome, trouxe como consequência, a baixa empregabilidade do autista no mercado de trabalho. (SILVA, 2013, p. 143).

Diante disto, percebe-se a importância da realização de sensibilizações nas empresas, envolvendo todas as instâncias, desde gestores até funcionários em geral, bem como promover ações afirmativas, envolvendo instituições governamentais, meio empresarial e sociedade civil no sentido de conscientizar acerca do potencial produtivo dos profissionais com TEA.

6.1 A EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO E TRABALHO (CENET) DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL (FCEE)

A cultura disseminada no meio social ainda percebe a pessoa com TEA pelas suas defasagens apresentadas na área social, comunicação e pelos padrões restritos de comportamento, pois são características de

fácil identificação, as quais promovem impressões equivocadas acerca do potencial produtivo e cognitivo desta pessoa.

A experiência vivenciada no Programa de Educação Profissional, ofertado pelo CENET – FCEE tem demonstrado a importância do processo de qualificação profissional da pessoa com TEA ocorrer em grupos heterogêneos, não devendo ficar restrito a uma rotina rígida. Isto tem contribuído na preparação destas pessoas para conviverem em um meio social diverso, onde pode haver mudanças frequentes. Esta metodologia é compatível com as pessoas com TEA elegíveis ao processo de qualificação profissional e colocação no trabalho, tendo em vista o seu nível de funcionalidade.

O Serviço de Colocação no Mercado de Trabalho, que integra o Programa de Educação Profissional, tem por objetivo realizar a colocação e o acompanhamento de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Estas pessoas são oriundas da comunidade ou aprendizes que frequentam o CENET.

É de competência do Serviço de Encaminhamento ao Mercado de Trabalho:

- Realizar a sondagem das vagas de trabalho para pessoas com deficiência, ofertadas por diferentes empresas privadas ou públicas;
- Identificar o perfil profissional dos candidatos à vaga de trabalho, por meio de entrevista;
- Acompanhar os candidatos no processo seletivo realizado pela empresa;
- Proceder, na empresa, a orientação e o acompanhamento do recém-contratado na execução de suas atividades profissionais, durante o período de adaptação ao posto de trabalho, e;
- Realizar palestras nas empresas contratantes, abordando conteúdos relativos à conceituação e caracterização das deficiências, aspectos relacionais e potencial produtivo da pessoa com deficiência (SANTA CATARINA, 2018).

A equipe multiprofissional que atua neste Serviço é composta por psicólogo, assistente social e pedagogos.

O processo inicial se dá com o acolhimento do candidato e abertura de prontuário, por profissional da área de Serviço Social, que servirá para o registro de informações pessoais e evolutivas de sua vida profissional. Caso seja necessário, é realizada a avaliação ou reavaliação diagnóstica.

A avaliação ou reavaliação diagnóstica com os candidatos a uma vaga no mercado de trabalho é realizada por um profissional da área da Psicologia através dos seguintes procedimentos: entrevista inicial semi-dirigida, com aplicação de um questionário (anamnese), observação e aplicação de teste padronizado de nível intelectual Matrizes Progressivas de Raven.

De forma complementar, também é realizada a avaliação pedagógica com base nas habilidades adaptativas, envolvendo as áreas: descrição de aparência e afetividade; referência temporal; referência espacial; preferências; linguagem; elaboração de conceitos; classificação e comparação; atenção e concentração; sequência lógica; memória; resolução de problemas; conhecimentos acadêmicos; autonomia e interação social.

Para a emissão do Laudo Diagnóstico, é realizado Estudo de Caso com a participação dos profissionais envolvidos e posteriormente é agendada a entrevista devolutiva com a família.

No cumprimento das exigências do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), é emitido o atestado da deficiência, em formulário específico.

Posteriormente, é realizada a pesquisa de oferta de vagas, objetivando identificar a vaga adequada ao perfil do candidato com TEA. Importante salientar que o local e o tipo de atividade profissional deverá ser compatível com as habilidades apresentadas pelo candidato, bem como atender às especificidades do transtorno, ou seja, pessoas com TEA se adaptam melhor em atividades rotineiras, que não envolvam atendimento ao público, e em ambientes tranquilos e livres de poluição sonora.

Identificada a vaga de trabalho, o candidato é orientado e acompanhado no decorrer do processo seletivo ou na entrevista de emprego. Caso seja aprovado, um profissional do CENET realizará o acompanhamento e supervisão na empresa, durante o período que se fizer necessário, no intuito de, se for o caso, fazer as possíveis adequações para a realização da atividade profissional.

Vale ressaltar a importância da realização de sensibilizações nas empresas, envolvendo colegas de trabalho, chefias, gestores e funcionários de forma geral que, de alguma forma, estarão em contato com o profissional com TEA. O objetivo é abordar questões referentes à deficiência, desmitificando rótulos, preconceitos e a ideia de que a pessoa com deficiência não aprende, não é capaz e não é produtiva.

Percebe-se que a metodologia que vem sendo utilizada pelo CENET, quando da colocação de profissionais com TEA no mercado de trabalho, tem contribuído para que os empregadores tenham um novo olhar acerca destes profissionais. No decorrer da realização das atividades referen-

te à sua função, os empregadores passaram a identificar um profissional observador e focado na atividade em exercício. A rotina, tão necessária e criticada durante anos, passou a ter valor de qualidade e avaliada de forma positiva. Os resultados no trabalho, em relação aos acertos, surpreendem e superam as expectativas.

Relatos de profissionais de algumas empresas que admitiram pessoas com TEA têm sinalizado que, embora estas pessoas apresentem dificuldades para comunicar-se ou expressar sua afetividade, costumam ser bons colegas e aos poucos firmam vínculos de amizade e participam das brincadeiras e atividades em grupo.

Observa-se, também, que a participação na vida profissional proporciona a essas pessoas o estabelecimento de novas relações sociais. Essas relações frequentemente necessitam da intermediação de outrem e geralmente a iniciativa para promover uma conversa ou dividir uma mesa no refeitório parte do colega de trabalho.

Neste contexto, busca-se a inclusão de um profissional competente, comprometido e com intenções de contribuir de forma produtiva para com o sucesso da empresa e a sua satisfação pessoal e profissional.

Considera-se que há uma longa caminhada em direção à inclusão de fato. Apesar de existir uma maior abertura de mercado para as pessoas com TEA, é importante que os profissionais com TEA não se tornem trabalhadores robotizados e alienados ao ambiente social da empresa. Que sejam, sim, pessoas que possam interagir com o ambiente, respeitando as suas especificidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Federal n. 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. **Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213compilado.htm>. Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. **Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 08 mar. 2018

_____. **Resolução CNE/CEB n. 2/2001.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

DAR RESPOSTA – ASSOCIAÇÃO. **Emprego e autismo:** guia para uma realidade possível. 2014. Disponível em: <<http://inclusaoaquilino.blogspot.com.br/2014/11/emprego-e-autismo-guia-para-uma.html>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

COSTA, R. Autistas chegam ao mercado de trabalho. **ISTO É**, [S.l.], 2016. Disponível em: <http://istoe.com.br/174092_AUTISTAS+CHEGAM+AO+MERCADO+DE+TRABALHO/>. Acesso em: 18 jul. 2017.

KELLAND, K. **Grandes empresas estão apostando em capacidades específicas do transtorno como diferenciais para o sucesso em algumas atividades.** 2013. Disponível em: <<http://saude.ig.com.br/minha-saude/2013-06-12/autistas-encontram-espaco-no-mercado-de-trabalho-corporativo.html>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

LEOPOLDINO, C. B. Inclusão de autistas no mercado de trabalho: uma nova questão de pesquisa. **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, [S.l.], v. 9, n. 22, p. 853-868, jan./abr. 2015. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2033>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

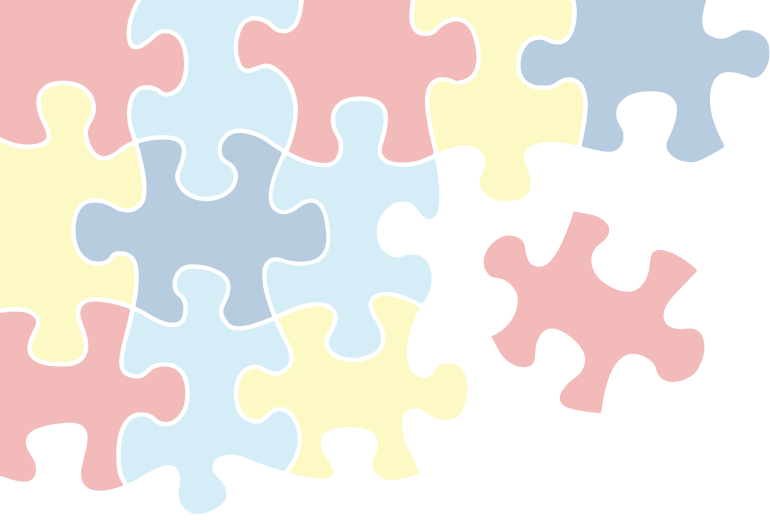
LINO, M. V.; CUNHA; A. C. B. da. Uma questão de cotas? Como pessoas com deficiência percebem sua inserção no mercado de trabalho com base em políticas públicas de inclusão. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 3, p. 65-74, 2008. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Lino_Cunha.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.

MARANHÃO, L. **Autistas e o mercado de trabalho.** 2016. Disponível em: <<http://www.leonardomaranhao.blog.br/blog/author/Por-Leonardo-Maranh%C3%A3o>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SANTA CATARINA. Dados da inclusão no mercado de trabalho no ano de 2016. Disponível em: <<http://www.fcee.sc.gov.br/index.php/sala-de-imprensa/noticias/8511-dados-da-inclusao-no-mercado-de-trabalho-no-ano-de-2016>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

SILVA, A. C. M. da. **Autismo: o acesso ao trabalho como efetivação dos direitos humanos.** 2013. 203 f. Dissertação (Mestrado em Direito)- Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: <http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2013-08-29T155339Z-595/Publico/alexandra_cabral_meireles_silva.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2017.

VIÉGAS, C. de M. C. **Educação profissional: indicações para as ações: a interface educação profissional / educação especial.** Brasília: MEC/ SEESP, 2003.



7 DIREITOS DA PESSOA COM TEA

*Daiane Regina Tavares Gomes
Francielle Cipriano Cardoso
Ketiline Cristiane Rocha*

A Constituição Federal de 1988, as constituições estaduais, tratados e convenções internacionais, leis federais, estaduais, distritais e municipais e outros diplomas normativos asseguram diversos direitos à pessoa com deficiência. O Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, “[...] aprova a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.” O Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011 “Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite”, nos termos dessa convenção.

Em 2012, foi aprovada uma lei específica para a pessoa com TEA, a Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana) e, a partir dessa lei, a pessoa com TEA foi reconhecida como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. Por sua vez, o Estado de Santa Catarina, em 2013, instituiu a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei n. 16.036, de 21 de junho).

No ano de 2015, aprovou-se a Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência prevê às pessoas com deficiência o direito ao atendimento prioritário; à igualdade de oportunidades com as demais pessoas sem sofrer nenhuma espécie de discriminação; à vida digna; à integridade física e moral; à segurança e à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; ao acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral de suas necessidades de saúde; à cultura, ao esporte e ao lazer e ao livre desenvolvimento da personalidade; à educação; à moradia; ao trabalho; à assistência social; à previdência social; à acessibilidade e ao transporte; à participação na vida pública e política; e ao acesso à justiça (BRASIL, 2015).

Além disso, as pessoas com deficiência enquanto crianças e adolescentes também têm todos os direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente (Lei n. 8.069/1990) e, quando idosos, ou seja, maiores de 60 anos, têm seus direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003).

Nesta seção, serão abordados alguns direitos e benefícios da pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

7.1 ALGUNS DIREITOS E BENEFÍCIOS

7.1.1 Benefício de Prestação Continuada (BPC)

- a) **O que é o Benefício de Prestação Continuada?**

É um benefício socioassistencial regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – (LOAS) - Lei n. 8.742/93 e integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

É a garantia de um (01) salário mínimo mensal à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. É destinado também ao idoso acima de 65 anos.

- b) **Quais são os requisitos legais para se obter o BPC?**

Renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo por pessoa;

Comprovação da deficiência: a deficiência é analisada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);

Inscrição no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico. O cadastramento deve ser realizado na Assistência Social do município, antes da apresentação de requerimento à unidade do INSS para a concessão do benefício. Famílias já cadastradas devem estar com cadastro atualizado para fazer o requerimento no momento da análise da concessão do benefício. É importante lembrar que, para além do Cadastro Único, também é requisito para a concessão do benefício a inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do requerente e dos membros da família.

- c) **Quem compõe o grupo familiar do BPC?**

O conceito de família do BPC envolve o requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles,

a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores de idade tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

• d) **O BPC pode ser acumulado com outro benefício da Seguridade Social?**

O BPC não pode ser acumulado com outro benefício no âmbito da Seguridade Social (como aposentadorias e pensão) ou de outro regime, exceto com benefícios da assistência médica, pensões especiais de natureza indenizatória e remuneração advinda de contrato de aprendizagem (JUSBRASIL, 2018).

A pessoa com deficiência contratada na condição de aprendiz poderá acumular o BPC e a remuneração do contrato de aprendiz com deficiência, e terá seu benefício suspenso somente após o período de dois anos de recebimento concomitante da remuneração e do benefício.

• e) **O BPC é um benefício assistencial vitalício?**

Não. A concessão do BPC é revista a cada dois anos para avaliação de sua continuidade e é cessada sempre que os requisitos não estão mais presentes.

• f) **Como solicitar o BPC?**

O BPC, conforme descrito na Cartilha Direito das Pessoas com Autismo (SÃO PAULO, 2011) é solicitado da seguinte forma: deve-se realizar o agendamento prévio na agência do INSS ou pelo telefone 135 (Central de Atendimento da Previdência Social), por meio de ligação gratuita de telefone fixo ou público, ou, ainda, pelo site www.previdenciasocial.gov.br.

Podem comparecer na agência, no dia e horário agendados, a pessoa ou o seu representante legal, portando declaração de renda familiar, comprovante de residência, RG ou CPF, onde será preenchido e assinado o formulário de solicitação do benefício.

Será marcada a perícia médica e social para comprovação da deficiência e incapacidade para a vida independente e trabalho.

Nos casos de comprovada impossibilidade de deslocamento da pessoa com deficiência ao local de realização da avaliação da incapacidade, será realizada no domicílio ou instituição em que a pessoa se encontrar.

Maiores informações podem ser obtidas na Secretaria Municipal de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou órgão similar no seu município.

- g) **Em que situações o BPC pode ser indeferido?**

Quando não comprovados os requisitos exigidos. Dessa decisão, cabe recurso, no prazo de 30 dias, à Junta de Recursos do Conselho de Recursos da Previdência Social (JR/CRPS). O recurso deve ser preenchido em formulário específico e entregue na agência do INSS em que foi solicitado o BPC.

Também é possível entrar com uma ação judicial, podendo o representante legal da pessoa que solicitou o benefício procurar um advogado ou, caso não tenha condições de pagar pelos serviços jurídicos, procurar a Defensoria Pública da União da sua cidade.
- h) **O beneficiário deve ser interditado para receber o BPC?**

A interdição deve ser solicitada somente em situações indispensáveis e é feita através de um processo judicial, sendo necessário um advogado ou, caso não tenha condições financeiras, o auxílio da Defensoria Pública.

É solicitada somente no caso de pessoas a partir de 18 anos, já que crianças e adolescentes são considerados incapazes conforme o Código Civil, necessitando de representação (para menores de 16 anos) ou assistência (para aqueles que têm entre 16 e 18 anos) de seus pais ou tutores.

Portanto, apenas se a pessoa com TEA, maior de 18 anos, não tiver condições de praticar os atos da vida civil total ou parcialmente, terá que ser interditada.

O esclarecimento de dúvidas sobre os critérios do benefício e sobre a renda familiar, além de orientação sobre o preenchimento dos formulários necessários, podem ser esclarecidas no CRAS mais próximo da residência da família.

Outras informações também podem ser obtidas no *site* da Previdência Social: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>.

7.1.2 Pensão Especial Estadual (SC)

- a) **O que é a Pensão Especial Estadual (SC)?**

A Pensão Especial Estadual é um benefício pago pelo Governo do Estado de Santa Catarina, regulamentada pela Lei n. 16.063, de 24 de julho de 2013.

Trata-se da garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência intelectual grave, definitivamente incapaz para o trabalho, a qual será submetida à avaliação diagnóstica

por equipe técnica especializada. É destinada também à pessoa com Hanseníase, egresso do Hospital Santa Tereza e com a doença Epidermólise Bolhosa, definitivamente incapazes para o trabalho.

• **b) A pessoa com TEA tem direito à Pensão Especial?**

Sim. Desde que apresente deficiência intelectual grave associada.

• **c) Quais os requisitos legais para a concessão da Pensão Especial?**

São eles:

- Renda familiar mensal inferior ou igual a dois salários-mínimos nacionais;
- Laudo médico atestando a deficiência e sua classificação;
- Declaração do INSS, comprovando que o requerente não é beneficiário do BPC;
- Domicílio no Estado há pelo menos dois anos.

• **d) A Pensão é um benefício vitalício?**

Não. O recadastramento da pensão é realizado anualmente para avaliação de sua continuidade e é cessado sempre que os requisitos não estão em conformidade com a Lei.

• **e) Quando realizar o recadastramento?**

Os responsáveis pelos beneficiários da pensão devem efetuar recadastramento anual no mês de aniversário natalício, devendo ser cumpridos todos os requisitos exigidos para a concessão do benefício. No caso de o recadastramento anual não ser realizado, ocorrerá à suspensão do pagamento do benefício. Os pais, tutores ou curadores devem efetuar o recadastramento anual na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) ou entidade por ela credenciada.

• **f) Como solicitar a Pensão Especial?**

O requerimento para a concessão da pensão especial é iniciado na FCEE ou instituição por ela credenciada, responsável por toda a instrução necessária ao encaminhamento da solicitação, juntando o laudo médico que ateste a deficiência e sua classificação.

A pessoa com deficiência intelectual é submetida à avaliação diagnóstica realizada por equipe especializada, que emite laudo comprovando que se trata de deficiência intelectual grave.

Outras informações podem ser obtidas no *site* da FCEE:
www.fcee.sc.gov.br/

7.1.3 Passe Livre Intermunicipal

• a) **O que é o Passe Livre Intermunicipal?**

É a gratuidade no transporte rodoviário intermunicipal de passageiros e dos serviços de navegação interior de travessias no Estado de Santa Catarina às pessoas com deficiência, conforme estabelecido no Decreto n. 1.792, de 21 de outubro de 2008.

• b) **Quem tem direito à gratuidade do Passe Livre Intermunicipal?**

Pessoas com:

- Deficiência física permanente, com dificuldade de locomoção;
- Deficiência intelectual moderada, grave ou profunda;
- Deficiência visual (cegueira ou baixa visão);
- Deficiência auditiva moderada, severa ou profunda (bilateral);
- Transtorno do espectro autista e atraso global do desenvolvimento.

• c) **Documentação Necessária:**

- Original e cópia do CPF do beneficiário;
- Original e cópia da Carteira de Identidade do beneficiário;
- Original e cópia do comprovante de residência do beneficiário;
- Quando há necessidade de acompanhante (perante a lei), é preciso apresentação do original e cópia do CPF do responsável;
- Inventário de Deficiência, assinado pelo médico, para fins de concessão de Passe Livre Intermunicipal (pode ser acessado no *site* www.fcee.sc.gov.br/), especificando o código correspondente à Classificação Internacional de Doenças (CID) mais recente.

• d) **Quem são os responsáveis pelo recebimento dos documentos, análise e cadastramento do usuário no sistema do Departamento de Transportes e Terminais (DETER)?**

A equipe técnica da FCEE e das instituições por ela credenciadas. Ao DETER, compete a emissão da carteira de Passe Livre e envio da mesma.

Outras informações podem ser obtidas no *site* da FCEE:
www.fcee.sc.gov.br/

7.1.4 Passe Livre Interestadual

- a) **O que é Passe Livre Interestadual?**
É um programa do Governo Federal que proporciona a pessoas carentes com deficiência gratuidade nas passagens para viajar entre os estados brasileiros.
- b) **Quem tem direito ao Passe Livre Interestadual?**
Pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva, visual ou renal crônica, comprovadamente carentes.
- c) **A pessoa com TEA tem direito ao Passe Livre Interestadual?**
Sim. Desde que apresente associada uma das deficiências acima mencionadas.
- d) **Quem é considerado carente?**
Quem possui renda familiar mensal *per capita* de até um salário-mínimo.
e) Documentação necessária:
Cópia de um documento de identificação, como Certidão de Nascimento; Certidão de Casamento; Certificado de Reservista; Carteira de Identidade; Carteira de Trabalho e Previdência Social; Título de Eleitor ou Carteira Nacional de Habilitação;
Atestado (laudo) da equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS), comprovando a deficiência ou incapacidade do interessado;
Requerimento, acompanhado da Declaração da Composição e Renda Familiar.
- f) **Como solicitar o Passe Livre Interestadual?**
Preencher os formulários presentes no *site* do Ministério dos Transportes (<http://www.transportes.gov.br/direto-ao-cidadao/passe-livre/2-uncategorised/2761-formularios-para-requisicao-passe-livre.html>) e enviar, junto com uma cópia de um dos documentos de identificação acima relacionados, ao Ministério dos Transportes no seguinte endereço: Ministério dos Transportes, Caixa Postal 9600, CEP 70.040-976 – Brasília (DF), informando o seu endereço completo para que o Ministério dos Transportes possa remeter-lhe o kit do Passe Livre. Em ambos os casos, as despesas de correio são por conta do beneficiário.

- **g) Quais os tipos de transporte que aceitam o Passe Livre Interestadual?**

Transporte coletivo interestadual convencional por ônibus, trem ou barco, incluindo o transporte interestadual semi-urbano. O Passe Livre não vale para o transporte urbano ou intermunicipal dentro do mesmo estado, nem para viagens em ônibus executivo e leito.

- **h) Como conseguir autorização de viagem nas empresas?**

Basta apresentar a carteira do Passe Livre do Governo Federal junto com a carteira de identidade nos pontos de venda de passagens, até três horas antes do início da viagem. As empresas são obrigadas a reservar, em cada viagem, dois assentos para atender às pessoas portadoras do Passe Livre.

Se as vagas já estiverem preenchidas, a empresa tem obrigação de reservar a sua passagem em outra data ou horário. Caso você não seja atendido, procure nos principais terminais rodoviários do país as salas de apoio e fiscalização da Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) para obter informações ou fazer reclamações ou, ainda, fale com a Ouvidoria através do telefone 166.

- **i) O Passe Livre Interestadual dá direito a acompanhante?**

Somente nas condições em que a pessoa com deficiência prescindida da presença do acompanhante.

- **j) Quais os documentos que deverá apresentar para ter direito ao acompanhante?**

Cópia de um documento de identificação do acompanhante, tal como: Certidão de Nascimento; Certidão de Casamento; Certificado de Reservista; Carteira de Identidade; Carteira de Trabalho e Previdência Social; Título de Eleitor ou Carteira Nacional de Habilitação;

Deve constar no Laudo Médico da pessoa com deficiência declaração; caso seja imprescindível a presença de acompanhante durante a locomoção em viagem;

Requerimento específico preenchido com os dados do acompanhante, onde deverá constar, além de outras informações, a renda familiar mensal. As regras para cálculo da renda *per capita* do acompanhante são as mesmas da pessoa com deficiência. Disponível em:

http://www.transportes.gov.br/images/2016/06/REQUERIMENTO_Acompanhante.pdf

- k) **Quem deverá solicitar a inclusão de acompanhante no processo?**

Somente a pessoa com deficiência requerente ao Passe **Livre Interestadual** ou o responsável legal poderão solicitar a inclusão de acompanhante no processo.

- l) **Será expedida uma credencial para o acompanhante?**

Não. Somente poderá ser expedida credencial para o beneficiário (pessoa com deficiência), caso este atenda às exigências das normas legais e o seu processo tenha sido “APROVADO COM ACOMPANHANTE”. No entanto, na credencial do beneficiário do Programa Passe Livre, constará a indicação “NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE”.

A empresa de transporte de passageiros, antes de emitir o bilhete de passagem, deverá checar no *site* do Ministério dos Transportes, se o acompanhante está cadastrado para recebimento do benefício. Toda e qualquer informação relacionada a pendências ou aprovação do acompanhante serão encaminhadas para o endereço do beneficiário.

Outras informações podem ser obtidas pelo telefone: (61) 2029-8035, pelo *e-mail*: passelivre@transportes.gov.br ou pelo *site*: www.transportes.gov.br/direto-ao-cidadao/passe-livre.html

7.1.5 Isenção de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI)

- a) **Quem tem direito à isenção de IPI?**

É concedida pelo Governo Federal às pessoas com deficiência física, visual, intelectual grave ou profunda ou pessoas com TEA, ainda que menores de 18 (dezoito) anos, para aquisição, diretamente ou por intermédio de seu representante legal, de automóvel de passageiros ou veículo de uso misto, de fabricação nacional.

- b) **Como solicitar a isenção de IPI?**

Para solicitar a isenção, procurar a agência da Receita Federal.

Outras informações e formulários necessários podem ser obtidos no *site* da Receita Federal:

<http://idg.receita.fazenda.gov.br/formularios/isencoes-e-suspensoes/deficientes>.

7.1.6 Isenção de Imposto de Renda (IR)

- a) **Quem tem direito à isenção de IR?**

A Lei n. 8.687/1.993 retira da incidência do Imposto de Renda benefícios percebidos por pessoas com deficiência intelectual, portanto as pessoas com TEA são isentas, desde que apresentem tal deficiência associada.

Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/L8687.htm

Orientações ou outras informações, procurar a Agência da Receita Federal mais próxima da residência da família.

7.1.7 Isenção de Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e de Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)

- a) **Quem tem direito à isenção de IPVA e ICMS?**

Veículos de propriedade de pessoa com deficiência física, visual, intelectual (grave ou profunda) ou pessoa com TEA ou de propriedade de seu responsável legal para uso da pessoa com deficiência, ainda que conduzido por terceiros.

- b) **Como solicitar a isenção?**

Procurar a Secretaria de Estado da Fazenda de Santa Catarina.

Outras informações podem ser obtidas no *site* da Secretaria de Estado da Fazenda/SC:

http://www.sef.sc.gov.br/servicos/servico/54/Isen%C3%A7%C3%B5es_-_Tratamento_Tribut%C3%A1rio_Diferenciado_IPVA.

7.1.8 Isenção de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU)

Em alguns municípios catarinenses, a isenção do IPTU às pessoas com deficiência é assegurada por meio de lei municipal específica. Portanto, é preciso verificar a existência da lei e os critérios de elegibilidade junto ao município de domicílio do requerente.

7.1.9 Redução da Jornada de Trabalho (Estadual)

- a) **O que é a Redução da Jornada de Trabalho?**

É uma licença de jornada de trabalho para servidora pública do Governo do Estado de Santa Catarina que seja mãe, tutora, curadora ou responsável pela criação, educação e proteção

de pessoa com deficiência, sem prejuízo da remuneração, respeitando o cumprimento de 20 (vinte) horas semanais. Ao pai, servidor público, está garantido o mesmo direito, desde que seja viúvo ou separado judicialmente e tenha sob sua guarda o(a) filho(a) com deficiência.

São consideradas pessoas com deficiência por essa lei: crianças com deficiência com menos de sete anos de idade e pessoas com deficiência com mais de sete anos de idade, dependente para as atividades básicas da vida diária.

- **b) Por quanto tempo a licença é válida?**

A Licença Especial é concedida por um (01) ano, podendo ser renovada após reavaliação.

- **c) Como requerer a licença?**

Para requerer, o(a) servidor(a) deve realizar contato com o(a) Integrador(a) de Educação Especial e Diversidade ou profissional responsável pela Educação Especial da sua região, solicitando orientações quanto ao processo de redução da jornada de trabalho.

Outras informações podem ser obtidas no *site* da FCEE:

<http://www.fcee.sc.gov.br/>.

7.1.10 Redução da Jornada de Trabalho (Municipal)

No caso de servidores públicos municipais, é necessário que o direito à licença de jornada de trabalho esteja assegurado por meio de lei municipal específica. Portanto, é preciso verificar a existência da lei junto ao município de domicílio do requerente.

7.1.11 Cartão de Estacionamento para uso de vagas reservadas às pessoas com deficiência

- **a) O que é o Cartão de Estacionamento para uso de vagas reservadas às pessoas com deficiência?**

É uma autorização especial para o estacionamento em vagas reservadas para veículos que transportem pessoas com deficiência e com dificuldade de locomoção, demarcadas com o Símbolo Internacional de Acesso. É regulamentada pela Resolução n. 304/2008 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), disponível em:

http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO_CONTRAN_304.pdf

- b) **Onde requerer o Cartão de Estacionamento?**

O cadastro e emissão do cartão são efetuados pelo órgão de trânsito do município de domicílio da pessoa a ser credenciada e é válido em todo o território nacional.

7.1.12 Benefícios Eventuais

- a) **O que são os Benefícios Eventuais?**

Os Benefícios Eventuais são previstos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e oferecidos pelos municípios aos cidadãos e às suas famílias que não têm condições de arcar por conta própria com o enfrentamento de situações adversas ou que fragilize a manutenção do cidadão e sua família. Sendo assim, a regulamentação desses benefícios e a organização do atendimento aos beneficiários são de responsabilidade dos municípios.
- b) **Em que situações o benefício deve ser oferecido?**
 - **Nascimento:** para atender às necessidades do bebê que vai nascer; apoiar a mãe nos casos em que o bebê nasce morto ou morre logo após o nascimento; e apoiar a família em caso de morte da mãe;
 - **Morte:** para atender às necessidades urgentes da família após a morte de um de seus provedores ou membros; atender às despesas de urna funerária, velório e sepultamento, desde que não haja no município outro benefício que garanta o atendimento a estas despesas;
 - **Vulnerabilidade Temporária:** para o enfrentamento de situações de riscos, perdas e danos à integridade da pessoa e/ou de sua família e outras situações sociais que comprometam a sobrevivência;
 - **Calamidade Pública:** para garantir os meios necessários à sobrevivência da família e do indivíduo, com o objetivo de assegurar a dignidade e a reconstrução da autonomia das pessoas e famílias atingidas.
- c) **Como requerer os Benefícios Eventuais?**

Para solicitar os benefícios, a família deve procurar uma unidade da Assistência Social do seu município. A oferta desses benefícios também pode ocorrer por meio de identificação de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade nos atendimentos realizados pelas equipes da Assistência Social.

Outras informações no *site* do Ministério do Desenvolvimento Social:
www.mds.gov.br

7.2 SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

A deficiência é matéria da alçada da justiça social e configura-se responsabilidade da família, do Estado e da sociedade. Esta tríade tem o dever de garantir à pessoa com deficiência, ao longo de sua vida, todos os direitos de cidadania, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo a sua dignidade, bem-estar e direito à vida. Entendendo que as causas que originam a deficiência são mais sociais do que biológicas, a prestação de serviços apropriados deve assegurar que as necessidades desta população sejam atendidas dentro do contexto social em que vive.

O Estado, mediante a efetivação de políticas públicas, deve eliminar barreiras sociais, psicológicas, econômicas e arquitetônicas que impedem estas pessoas de viver uma vida digna, permitindo seu desenvolvimento saudável, buscando não apenas torná-las independentes, mas criando condições para que o cuidar seja exercido, garantindo a convivência familiar e comunitária, em detrimento da institucionalização.

Cabe ao Estado e à sociedade assegurar à pessoa com deficiência a liberdade, respeito e dignidade como pessoa humana e sujeito de direitos, a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, constrangedor.

Além de reconhecer que “[...] a deficiência é um conceito em evolução e que as barreiras estão associadas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação destas pessoas na sociedade, em igualdade de oportunidade com as demais pessoas” (RODRIGUES; CAPELLINI, 2018), necessitamos reconhecer a experiência da deficiência como uma expressão da diversidade. Trata-se de valorizar a diferença entre as pessoas e assumir o compromisso democrático de garantir a liberdade e igualdade. Cabe à sociedade enfrentar a deficiência como uma questão pública e não mais somente restrita à esfera privada e dos cuidados familiares.

E a família? Configura-se no mecanismo de proteção social, espaço de cuidado, proteção, constituição e desenvolvimento dos sujeitos. E, para que o cumprimento de sua função social ocorra, faz-se necessário que os demais envolvidos na garantia de direitos desta população atuem na perspectiva da corresponsabilidade. Afinal, a deficiência é uma questão de todos!

• a) **Como os direitos das pessoas com deficiência são violados?**

As violações de direitos podem ocorrer por meio da *violência familiar* – exercida na família –, *violência estrutural* – exercida por

ausência de estruturas adequadas (ex.: barreiras arquitetônicas, falta de acesso aos serviços etc.) – e *violência institucional* – exercida no cotidiano profissional das instituições de atendimento.

- b) **Quais são as formas mais comuns de violência?**
 - Violência física: uso da força física para produzir dor, lesão ou incapacidade;
 - Violência psicológica: ameaças, agressões verbais, ou gestuais, objetivando aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio;
 - Abuso financeiro ou material: exploração imprópria ou uso não consentido de recursos financeiros patrimoniais;
 - Violência sexual: ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, visando à excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaça;
 - Negligência: recusa ou omissão de cuidados necessários pelos familiares ou instituições. Em geral, está associada a outros abusos que geram lesões ou traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para aqueles em situação de múltipla dependência ou incapacidade;
 - Abandono: ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares na prestação de socorro;
 - Negligência social difusa: categoria mais ampla do que a definição de negligência, por abarcar aspectos estruturais da sociedade, sendo estes responsáveis pela omissão, negligência dos direitos e representatividade social de grupos historicamente estigmatizados e discriminados;
 - Violação de direitos humanos: privação de qualquer direito inalienável, como a liberdade, direito de fala e privacidade.
- c) **Como denunciar uma violação de direitos da pessoa com deficiência?**

Identificada uma suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa com deficiência, todos nós temos o dever de notificar a situação aos órgãos competentes. A verificação, o atendimento da situação e os encaminhamentos necessários são realizados pelos serviços de proteção. Essa notificação deve ocorrer de forma qualificada, pois é determinante no momento da regulação de seu atendimento, sendo necessário conter o maior número de informações acerca da situação, elevando assim as chances de seu breve atendimento.

Informações importantes a constar na notificação:

- Dados de identificação da pessoa vítima: nome completo, idade, endereço;
- Dados da violência: identificação do(a) agressor(a), tipo de vínculo, local de ocorrência, modalidade da violência (física, negligência, psicológica, sexual, entre outras), descrição da violência (frequência, horários da ocorrência, intensidade).

• **d) A quem recorrer?**

– **Ministério Público**

É uma instituição que atua na defesa dos interesses sociais e indisponíveis, como o direito à vida, à saúde, à moradia, à liberdade, à educação, ao trabalho, à cidadania, dentre outros. Fiscal das leis, atua ainda na defesa da ordem jurídica e do regime democrático. Também defende o patrimônio cultural, o meio ambiente, os direitos e interesses da coletividade, como os das comunidades indígenas, da família, da criança, do adolescente e do idoso.

Outras informações podem ser obtidas no *site* do Ministério Público/SC: <https://www.mpsc.mp.br/o-ministerio-publico/entenda-o-ministerio>

– **Disque 100 - Direitos Humanos (Nacional)**

É um serviço de denúncias e proteção contra violações de direitos humanos que funciona todos os dias da semana, durante 24 horas. As ligações podem ser feitas de todo o Brasil por meio de discagem direta e gratuita, de qualquer terminal telefônico fixo ou móvel, bastando tocar 100. As denúncias podem ser anônimas e o sigilo das informações é garantido quando solicitado pelo demandante. Ele visa atender especialmente às populações consideradas de alta vulnerabilidade, como crianças e adolescentes, pessoas idosas, pessoas com deficiência, LGBT, pessoas em situação de rua, quilombolas, ciganos, índios e pessoas em privação de liberdade.

Outras informações podem ser obtidas no *site* do Ministério dos Direitos Humanos: <http://www.sdh.gov.br/>

– **Delegacias Especializadas de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso**

Seu objetivo é atender e apurar todas as formas de violência praticadas contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos. É preciso verificar a existência de uma Delegacia

Especializada na região de domicílio da pessoa com deficiência e sua família.

– **Conselhos Municipais e Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência**

São órgãos que reúnem representantes do governo e da sociedade civil, criados para acompanhar e avaliar o desenvolvimento da política para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana dirigidos a esse grupo social.

Outras informações podem ser obtidas no *site* do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CO-NEDE/SC): <http://www.conede.sc.gov.br/>

– **Conselhos Municipais e Estadual de Assistência Social**

São os órgãos de controle social da Política de Assistência Social, que reúnem representantes do governo e da sociedade civil para discutir, estabelecer normas e fiscalizar a prestação de serviços sociais públicos e privados nos municípios e no estado.

Outras informações podem ser obtidas no *site* da Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação (SST/SC): <http://www.sst.sc.gov.br/index.php/conselhos/ceas>

– **Comissões Estaduais de Defesa de Direitos**

Presididas por deputados estaduais, exercem função legislativa e fiscalizadora. Em Santa Catarina, destacam-se a Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência e a Comissão de Direitos Humanos.

Outras informações podem ser obtidas no *site* da Assembleia Legislativa/SC: http://www.alesc.sc.gov.br/porta_alesc/comissoes-permanentes

– **Conselho Tutelar**

É um órgão permanente e autônomo, eleito pela sociedade para zelar pelos direitos das crianças e dos adolescentes, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

– **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**

É uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em si-

tuação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Atende famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos, como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; trabalho infantil; discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família em decorrência de violação de direitos; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade por adolescentes, entre outras.

Outras informações no *site* do Ministério do Desenvolvimento Social: www.mds.gov.br

Vamos refletir sobre a nossa prática?

Temos de fato contribuído para garantir os direitos das pessoas com deficiência?

Afinal, pequenas ações podem viabilizar grandes direitos!

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE (AACD). **Guia direitos e benefícios da pessoa com deficiência**. Disponível em: <<https://aacd.org.br/wp-admin/images/GuiaDireitosbeneficios.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 08 mar 2018.

_____. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Decreto n. 8.368, de 2 de dezembro de 2014. **Regulamenta a Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/Decreto/D8368.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 11 set. 2018.

_____. Lei n. 8.687, de 20 de julho de 1993. **Retira da incidência do Imposto de Renda benefícios percebidos por deficientes mentais.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8687.htm>. Acesso em: 11 set. 2018.

_____. Lei n.10.741, de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 11 set. 2018.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000. **Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L10048.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Lei n. 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 n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm#art98>. Acesso em: 30 jun. 2017.

JUSBRASIL. **LOAS e o Benefício da Prestação Continuada que não pode, nem deve, ser confundido com aposentadoria.** Disponível em:<<https://lanyy.jusbrasil.com.br/artigos/200581857/loas-e-o-beneficio-da-prestacao-continuada-que-nao-pode-nem-deve-ser-confundido-com-aposentadoria>>. Acesso em: 11 set. 2018.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo. **Cartilha dos Direitos da Pessoa com Autismo**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.oabdf.org.br/cartilhas/cartilha-direitos-da-pessoa-com-autismo/>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

RODRIGUES, O. M. P. R.; CAPELLINI, V. L. M. F. **O direito da pessoa com deficiência: marcos internacionais**. Disponível em: <https://edutec.unesp.br/images/stories/redefor2-ee-ei/1ed-ee-ei/1ed-ee-ei-D2/arquivos-ee/Texto_%201_%20D2.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

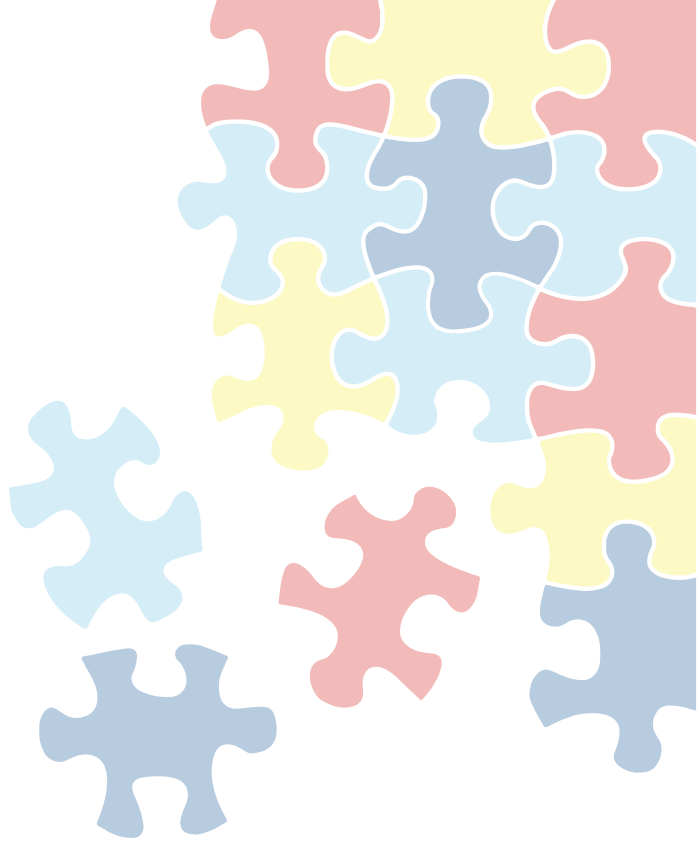
SANTA CATARINA. Lei n. 16.036, de 21 de junho de 2013. **Institui a Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2013/16036_2013_lei.html>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Lei n. 16.063, de 24 de julho de 2013. **Dispõe sobre a concessão de pensão especial e estabelece outras providências**. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2013/016063-011-0-2013-001.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Decreto n. 1.792 de 21 de Outubro de 2008. **Regulamenta a Lei n. 8.038, de 1990, a Lei n. 1.162, de 1993, alterada pela Lei n. 13.740, de 2006, e Lei n. 11.087, de 1999, quanto ao benefício da gratuidade do transporte rodoviário intermunicipal de passageiros e dos serviços de navegação interior de travessias a pessoas portadoras de deficiência e estabelece outras providências**. Disponível em: <<http://www.fcee.sc.gov.br/index.php/informacoes/servicos-fcee/passe-livre-intermunicipal-para-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 11 set. 2018.

SÃO PAULO (estado). DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cartilha Direitos das Pessoas com Autismo**. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.revistaautismo.com.br/CartilhaDireitos.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SOUSA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, p. 322-323, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n2/a16v13n2.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.



8 CONCLUSÃO

As iniciativas governamentais referentes ao acolhimento das pessoas com Transtorno do Espectro Autista-TEA ocorreram de forma tardia e, por um longo período desde a década de 1980, o atendimento a essa população foi realizado por instituições filantrópicas.

No contexto governamental, a inserção de pessoas com TEA nas políticas públicas brasileiras se deu a partir da segunda década do ano 2000, inicialmente no âmbito social, quando incluídas ao público da Rede de Atenção Psicossocial e, no âmbito da saúde, por meio da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA. Esta política instituída por lei federal reconheceu, para efeitos legais, a pessoa com TEA como “pessoa com deficiência”, e a incluí na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Atualmente no Brasil, a atenção à saúde das pessoas com TEA contempla os âmbitos psicossocial e de reabilitação e suas diretrizes são apresentadas nos documentos nacionais “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (BRASIL, 2014) e “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).

No que tange à educação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394/96) define que o alunado público da educação especial, ao qual os alunos com TEA fazem parte, deve estar preferencialmente incluído no ensino regular e prevê a oferta de serviços de apoio especializados, na rede regular de ensino. A “Lei Berenice Piana”, chamada de Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei n. 12.764/2012) define como direitos desta população, o acesso à educação e ao ensino profissionalizante e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146 de 2015) reafirma que a educação é um direito fundamental da pessoa com deficiência e incumbe o poder público de prover os mecanismos que garantam a educação em todos os níveis e modalidades de ensino.

A legislação brasileira vigente assegura também às pessoas com TEA, o estímulo à inserção no mercado de trabalho e o direito ao trabalho em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, através das Leis n. 12.764/2012 e n. 13.146/2015 respectivamente.

O panorama atual é marcado pelo aumento na incidência de novos casos de TEA, surgimento de novas formas de abordagem, intensa pesquisa sobre esta temática, acompanhada por uma acalorada discussão

sobre a aplicabilidade e efetividade de diferentes enfoques, métodos e técnicas de abordagem, especialmente no que tange aos serviços envolvidos na habilitação e reabilitação de pessoas com TEA.

Apesar dos esforços recentes e do considerável investimento em pesquisas na temática do TEA, o tema ainda carece de aprofundamento teórico e no refinamento do desenho metodológico utilizado para as pesquisas, o que associado à diversidade de apresentações clínicas no amplo espectro deste transtorno, dificulta a comprovação da efetividade dos métodos e técnicas de abordagem, bem como, quanto à possibilidade de generalização dos resultados para as pessoas com TEA.

A FCEE, desde a sua criação em 1968, vem ofertando atendimento ao público da educação especial, incluindo as pessoas com TEA, com diferentes enfoques ao longo de sua história. Deparou-se com distintos métodos de atendimento a essa população, alguns atualmente em desuso, outros ainda em execução e vem continuamente buscando se aprimorar e criar dispositivos de suporte a essa clientela. De forma a acompanhar as mudanças no cenário recente que envolve as pessoas com TEA, a FCEE idealizou este documento norteador das práticas voltadas a esse público, contemplando as atualidades no campo científico, terapêutico, pedagógico e das finalidades legais.

Conforme abordado neste documento, a atuação junto da pessoa com TEA admite diversas práticas como esclarecimentos aos profissionais da educação e saúde sobre as características do TEA e seu rastreamento, investigação minuciosa possibilitando o diagnóstico apurado, preferencialmente realizado precocemente e acompanhado do levantamento das comorbidades presentes.

A partir do diagnóstico preciso, e conforme às necessidades de cada pessoa com TEA, será possível seu encaminhamento para o programa ou os serviços de habilitação/reabilitação nas áreas da linguagem, psicossocial, motora e cognitiva, a ser realizado em instituições especializadas, com objetivo de minimizar as dificuldades e obter a melhor funcionalidade e maior independência possível.

De forma a contemplar as demandas educacionais específicas desse público, é essencial que os professores, assim como outros profissionais que atuam na escola, recebem capacitação frequente e atualizada e seja oferecido atendimento educacional especializado voltado às necessidades do estudante com TEA como suporte ao ensino regular.

Levando-se em consideração as peculiaridades do TEA, é fundamental a implementação de iniciativas de qualificação profissional que valorizem o potencial da pessoa com TEA e sua inserção no mercado de trabalho.

Além destes, é fundamental que existam espaços e serviços voltados às pessoas com TEA em situação de dependência. É essencial que estes

dispositivos oportunizem a convivência em grupo, o fortalecimento das relações sociais, a valorização da autonomia, bem como o estímulo e o treino das atividades básicas e instrumentais da vida diária, de forma a atingir e manter o máximo de independência funcional.

Este documento é direcionado aos profissionais que atuam na educação especial. Foi elaborado a partir de uma diversidade de fontes nacionais e estrangeiras e está em consonância com os documentos voltados à atenção às pessoas com TEA publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

De forma geral, todos estes documentos convergem em diversos pontos, a saber: importância da detecção e intervenção precoce no TEA; necessidade de avaliação diagnóstica interdisciplinar e verificação de diagnóstico complementar e/ou diferencial; abordagem terapêutica incluindo o desenvolvimento de habilidades funcionais deficitárias; promoção da independência e autonomia; inserção preferencialmente no ensino regular e nos espaços de convívio social; relevância da aplicação de práticas baseadas em evidências, contudo, preservando a diversidade de estratégias clínicas (sem evidenciar uma única abordagem); importância do envolvimento dos familiares no tratamento; valorização do trabalho interdisciplinar e intersetorial, enfatizando a tríade saúde-educação-assistência social.

De modo a contemplar a constante atualização dos conhecimentos na área do TEA, fica prevista a necessidade de revisão deste documento. Ainda que não seja uma diretriz, almeja-se que contribua para elucidar a prática de atenção à pessoa com TEA no estado de Santa Catarina.

ISBN 978-855430707-3



9

788554

307073