



UNILASALLE
CENTRO UNIVERSITÁRIO LA SALLE



Credenciamento: Decreto de 29/12/98 - D.O. U. de 30/12/98
Recredenciamento: Portaria 1.473 de 25/5/04 - D.O.U. de 26/5/04

LISIANE BARCAROLO MARTINOTO

**ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS: ESTUDO DE CASOS DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA ATRAVÉS DO MODELO
TEACCH**

CANOAS, 2015

LISIANE BARCAROLO MARTINOTO

**ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS: ESTUDO DE CASOS DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA ATRAVÉS DO MODELO
TEACCH**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção da titulação de grau de Mestra da
Pós-Graduação de Mestrado Profissional em
Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro
Universitário La Salle.

Orientador: Dra. Gilca Maria Lucena Kortmann
Linha de Pesquisa: Educação e Promoção em Saúde

CANOAS, 2015

LISIANE BARCAROLO MARTINOTO

**ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS: ESTUDO DE CASOS DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA ATRAVÉS DO MODELO
TEACCH**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – Unilasalle, como exigência para a obtenção do título de Mestra em Saúde e Desenvolvimento Humano.

Aprovado pela banca examinadora em 16 de dezembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Gilca Maria Lucena Kortmann
Orientador - UNILASALLE

Prof^a. Dr^a. Andressa de Souza
UNILASALLE

Prof. Dr. Rafael Zanin
UNILASALLE

Prof^a. Dr Fleming Salvador Pedroso
IPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, por iluminar o meu caminho até o fim da Jornada sem nunca perder a perseverança e fé, sem ele nada seria possível.

Aos familiares, pela compreensão e entendimento durante este período de estudos e aos meus pais e irmãos, por sempre me lembrarem de onde vim e quem sou.

À orientadora, professora Gilca Maria Lucena Kortmann, pela ajuda, paciência, disponibilidade e liberdade na escolha do tema desta dissertação.

Aos alunos e pais, pela confiança e por acreditarem em meu trabalho, guardo todos em meu coração.

À escola inclusiva e seus professores, Diretor da APAE de Capão da Canoa, pelo apoio e colaboração nas informações e coleta de dados.

Aos colegas de profissão, pela compreensão em momentos em que precisei me ausentar.

Aos amigos e colegas do mestrado, pelo convívio, coleguismo, carinho, alegrias, força e incentivo em relação a esta caminhada.

À professora Andressa de Souza, pela amizade, apoio, sugestões e contribuições.

A Viviane de Leon, pela supervisão e auxílio nas avaliações e no meu trabalho como terapeuta *TEACCH*¹.

Agradeço ao meu marido Régis Júnior Muniz, pelo grande incentivador desse projeto de vida, sempre com lindas palavras, ajuda e paciência em muitos momentos de cansaço.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para realização desse trabalho.

¹ Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação

“Se deixarmos o preconceito nos dominar, podemos perder a oportunidade de conhecer pessoas que são, na maioria das vezes, verdadeiras, honestas, divertidas, amorosas e muito humanas. Entender e dominar o mundo singular dos indivíduos autistas é ter a oportunidade de participar de um milagre diário: a redescoberta do que há de mais humano em nós e neles”.

Ana Beatriz Barbosa, Mayra Bonifacio Gaiato e Leandro Thadeu Reveles, 2012.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem sido alvo de grandes preocupações, visto o crescente número de casos e os comprometimentos causados na pessoa com o transtorno e à sua família. Para que as dificuldades sejam amenizadas, são necessárias metodologias específicas no tratamento e educação desse público, para tanto, foi adotado o modelo *TEACCH* – Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação. Diante disso, pretendeu-se neste estudo: desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares através do modelo *TEACCH*. A pesquisa foi de caráter qualitativo, tipo estudo de caso, pois permite, ainda, uma avaliação rica em dados descritivos, dando suporte para as análises. A coleta sistemática de informações foi realizada através de revisão da literatura, fundamentação teórica da pesquisa baseada nos princípios e concepções do modelo *TEACCH*, bem como observação participante e ativa mediante intervenção psicoeducativa. O estudo se desenvolveu no lar das crianças estudadas. Os dados coletados foram obtidos através de seis protocolos específicos requeridos pelo modelo *TEACCH*, que ajudam a observar as áreas de desenvolvimento, características individuais dos sintomas autistas, cognitivo, comunicação, sociabilidade e o brincar. Também foi utilizada uma entrevista com pais e professores e um diário de campo. Para análise dos dados definiu-se as seguintes categorias: perfil de características do TEA, cognição, brincar, sociabilidade e linguagem. Os participantes foram duas crianças com diagnósticos de TEA, ambas com idade de sete anos, os pais, professora regente e professora auxiliar. Os dados obtidos sugerem que o modelo *TEACCH* pode oferecer benefícios aos indivíduos com TEA e às suas famílias, tais como o desenvolvimento das noções de vida em sociedade, maior aproveitamento acadêmico, desenvolvimento da linguagem e do brincar. No entanto, por se tratar de um estudo de caso, esta pesquisa apresentou como base um público muito restrito, razão pela qual se sugere futuros estudos sobre o modelo *TEACCH* para crianças com TEA a nível domiciliar.

Palavras-chave: Modelo *TEACCH*, Transtorno do Espectro Autista (TEA), desenvolvimento.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) has been the focus of great concern, given an increasing number of cases and impairments caused in the person with the disorder and their family. For the difficulties to be alleviated, specific methodologies in the treatment and education of these individuals is necessary, therefore, it was adopted the TEACCH approach – Treatment and Education of Autistic and Communication related handicapped Children. Thus, this study intended to: develop the linguistic aspects, cognitive, social and the way children with ASD play in their own homes, through the TEACCH approach. This was a qualitative research, case type study, because it also allows a rich descriptive data assessment, providing support for analysis. A systematic collection of information was conducted through literature review, theoretical foundation of the research based on principles and concepts of the TEACCH approach, as well as participative and active observation through psychoeducational intervention. This study was conducted in the homes of the children studied. The collected data was obtained through six specific protocols required by the TEACCH approach, that helps to observe the areas of development, individual characteristics of autistic symptoms, cognitive, communication, sociability and play. It was also utilized an interview with parents and teachers and a field journal. For data analysis the following categories were defined: ASD profile features, cognition, play, sociability and language. The participants were two children diagnosed with ASD, both aged seven, parents, a teacher and a teacher's assistant. The data obtained suggests that the TEACCH approach can offer benefits to individuals with ASD and their families, such as developing notions of living in society, greater academic achievement, language and play development. However, because it is a case study, this research showed as base a very limited audience, which is why it is suggested that future studies should be done on the TEACCH approach for children with ASD in a household level.

Keywords: TEACCH approach, Autism Spectrum Disorder (ASD), development

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo entre o DSM-IV e o DSM-V

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADDM	Rede de monitoramento do Autismo e Transtornos de Desenvolvimento
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CARS	<i>Childhood Autism Rating Scale</i>
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GRP	Fator de Liberação da Gastrina
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
PEP-R	Perfil Psicoeducacional Revisado
PEP 3	Perfil Psicoeducacional 3 edição
QI	Quociente de Inteligência
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEACCH	Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	EMBASAMENTO TEÓRICO	14
3.1	Autismo	14
3.2	Etiologia do autismo	15
3.3	Diagnóstico da criança com autismo	17
3.4	Desenvolvimento da criança com autismo	24
3.5	O atendimento domiciliar, utilizando o modelo TEACCH	28
3.6	Legislação	37
4	MÉTODO	39
4.1	Características da pesquisa	39
4.2	Procedimentos	40
4.2.1	<i>Estudo</i>	40
4.2.2.1	Fase 1: convite, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e da intervenção e entrevista.....	40
4.2.2.2	Fase 2: avaliações das crianças.....	41
4.2.2.3	Fase 3: avaliações realizadas no mês de abril – paciente 1.....	43
4.2.2.4	Fase 4: intervenção <i>TEACCH</i>	48
4.2.2.5	Fase 5: reavaliações realizadas no mês de outubro – paciente 1.....	49
4.2.2.6	Fase 6: avaliações realizadas no mês de abril – paciente 2.....	54
4.2.2.7	Intervenção <i>TEACCH</i> – paciente 2.....	59
4.2.2.8	Fase 7: reavaliações realizadas no mês de outubro – paciente 2.....	59
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5.1	Produto Social	83
6	CONCLUSÃO	88
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	100
	ANEXOS	117

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado um distúrbio do comportamento, que ao longo da vida do indivíduo, é marcado por prejuízos na interação e nas comunicações sociais. Os indivíduos com TEA apresentam restrita gama de interesses e padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados (SMITH; GREENBERG; MAILICK, 2013; CAMARGO; BOSA, 2012).

Desde a criação da Rede de Monitoramento do Autismo e Transtornos de Desenvolvimento (*ADDM*) no ano de 2000, para obter dados e estimar a incidência do TEA e de outros transtornos de desenvolvimento nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, órgão americano (*CDC*) vem apontando um aumento contínuo dos casos de TEA. Em 2002 indicavam que uma criança de cada 150 apresentava os critérios para o diagnóstico, em 2006 esse número aumentou para uma em cada 110. Em 2008, os dados indicaram uma em cada 88 crianças. Os dados mais recentes, de 2010, apontam que uma em cada 68 crianças americanas são diagnosticadas com TEA (GRANDIN; PANEK, 2015). As causas deste aumento ainda não são conhecidas, mas envolvem melhores definições do transtorno, que incluem os quadros mais leves do espectro e melhor treinamento de profissionais de saúde (CDC, 2010). No Brasil, a prevalência média chega a 1% da população menor do que 20 anos de idade, um pouco mais de meio milhão de crianças, acometendo 4 meninos para cada menina (RIESGO, 2013).

O indivíduo com TEA apresenta um desenvolvimento atípico, ou seja, diferente, onde há discrepâncias nas capacidades cognitivas. Um exemplo é quando a criança não consegue se relacionar adequadamente, mas consegue ler. Apresenta, deste modo, dificuldades nas interações sociais e de aprendizagens. Assim, o desenvolvimento cognitivo foge do comum, havendo a necessidade de ajustamento da família a qual o indivíduo pertence, bem como de adequações dentro da escola e ambientes sociais onde o mesmo está inserido (KORTMANN, 2013).

Devido aos déficits de desenvolvimento, os comportamentos desafiadores aparecem, muitas vezes, por resultados de base social, dificuldades de comunicação e ansiedade. As intervenções comportamentais que visam à comunicação, habilidades sociais, de ansiedade, e capacidade de resposta sensorial podem ser importantes, como também, o envolvimento dos cuidadores em tratamento de crianças e adolescentes com TEA (KLINGER; ENCE; MEYER, 2013). Nesse sentido,

torna-se necessário reconhecer a importância do tratamento psicoeducativo, para que essas crianças tenham saúde e qualidade de vida.

Um dos modelos de ensino para atender ao indivíduo com TEA é o *TEACCH*, que em inglês quer dizer: *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*. Em português quer dizer: Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação (MELLO, 2007). Procura entender o autismo como um transtorno do desenvolvimento, uma desorganização neurobiológica que o cérebro, ao receber estímulos, não institui de forma organizada, portanto, essas pessoas precisam de estrutura para se organizar (PIRANGELO; GIULIANI, 2012). Deste modo, o ensino estruturado é significativo para o desenvolvimento e entendimento da criança com TEA.

Entender o que é o TEA, identificar suas áreas de desenvolvimento e orientar pais e professores constitui uma forma promocional de tratamento eficaz. Observa-se uma carência de estudos, no Brasil, sobre as contribuições do modelo *TEACCH*, principalmente a nível domiciliar, para as crianças com TEA. Objetiva-se, assim, desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares através do modelo *TEACCH*.

Dessa forma, acredita-se que o conhecimento acerca da criança com TEA é importante ser observado e estudado, a fim de possibilitar a inclusão e melhoria da qualidade de vida dessas crianças, bem como a promoção de sua saúde, na relevância do presente estudo, pela possibilidade de proporcionar subsídios teóricos práticos para que educadores, pais, comunidade científica e a sociedade em geral possam obter informações, com o intuito de auxiliar suas práticas, conforme a realidade do infante.

Embora a literatura revele que as crianças com TEA apresentam graves problemas de comunicação, procura-se, através desse estudo, assumir o compromisso da busca incessante para que a criança com TEA se comunique, faça amigos, interaja, seja independente, enfim tenha saúde e qualidade de vida. É necessário tornar permanente a procura na excelência no atendimento e educação desse público.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares através do modelo *TEACCH*.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o desenvolvimento linguístico, cognitivo, social e o brincar das crianças com TEA investigadas, mediante intervenção psicoeducativa, em seu respectivo lar;
- Acompanhar e relatar a acuidade do atendimento a duas crianças com TEA, utilizando ações psicoeducativas em um modelo de trabalho estruturado;
- Analisar os progressos de desenvolvimento das crianças com TEA, através de observações e relatórios;
- Orientar os professores e pais de duas crianças com TEA, por meio de reuniões periódicas, sobre as possibilidades psicoeducativas de inclusão escolar e social, utilizando o modelo TEACCH;
- Informar pais e público em geral, através da organização de uma cartilha com os seguintes tópicos: sinais de alerta do TEA, diagnóstico, encaminhamentos, tratamento e metodologias de ensino.

3 EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1 Autismo

Autismo, termo originado do grego *autós*, significando “si mesmo” (CUNHA, 2011; KLIN, 2006) foi utilizado pela primeira vez por Bleuler, em 1911. Entretanto, Kanner (1943) aproveitou a mesma expressão para descrever onze crianças que apresentavam características em comum, características essas de comportamento afetado pela dificuldade afetiva e interpessoal (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004; RIVERA, 2007).

Um ano mais tarde, Asperger descreveu alguns casos com características muito parecidas como as de Kanner, porém, a inteligência era preservada. Essa síndrome ficou conhecida como Síndrome de Asperger (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004). Outros termos foram amplamente utilizados por alguns autores, bem como o “desenvolvimento atípico”, no final dos anos 40 até o início dos anos 60 (ORNITZ, 1993).

Psicose Infantil e seus sinônimos, Psicose da Infância e Psicose de Início Precoce, também foram usados, porém, são os termos mais gerais e menos definidos. Desde o *DSM III*, o autismo não é considerado uma psicose, não aceitando mais essa nomenclatura. Outra nomenclatura muito utilizada foi o termo Esquizofrenia Infantil, o que ocasionou uma confusão semântica. Acreditava-se que era uma manifestação precoce da esquizofrenia, já nessa época, estudiosos demonstravam diferenças entre as duas síndromes (ORNITZ, 1993).

A classificação Transtorno Global do Desenvolvimento foi definida em 1980, na terceira edição do *DSM- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Foi usada para se referir a um grupo de transtornos do desenvolvimento, que apresentam a sintomatologia do autismo clássico como referido por Kanner, classificado como “transtorno autista” (TUCHMAN; RAPIN, 2009).

Em 1994, o TEA passou a ser considerado como uma categoria de portadores de Condutas Típicas (nomenclatura da época) na Política Nacional de Educação Especial do MEC, elaborada pela Secretaria de Educação Especial, com a seguinte qualificação:

“manifestações de comportamento típicos de portadores de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social, em grau que requeira atendimento educacional especializado (MEC/SEESP, 1994, p. 14)”.

Neste mesmo ano, o termo Transtorno Global do Desenvolvimento foi usado pelo *DSM-IV*, para definir cinco subcategorias, das quais apresentavam: Transtorno Autista, Síndrome de Asperger, Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, cada um com suas especificações e sintomas (*DSM-IV*, 1994).

O *CID-10* apresenta os TEA, utilizando a mesma nomenclatura do *DSM-IV*, Transtornos Globais do Desenvolvimento, uma vez que há o entendimento de que as alterações qualitativas destes transtornos constituem uma característica global do funcionamento do sujeito. Sendo assim, estabelece critérios e descreve subcategorias: Autismo infantil: há o comprometimento grave e global do desenvolvimento da interação social, da comunicação verbal e não verbal e apresenta estereotípias. Síndrome de Asperger: difere do autismo clássico por não ocorrer retardo mental, atraso cognitivo e considerável prejuízo na linguagem. Autismo Atípico: há o comprometimento grave e global do desenvolvimento da interação social, da comunicação verbal e não verbal e apresenta estereotípias, porém, se difere do autismo clássico pela idade tardia de seu início. Transtorno de Rett: ocorre severo retardo mental e acomete apenas crianças do sexo feminino. Transtorno Desintegrativo da Infância: incide predominantemente em meninos e se assemelha ao Transtorno de Rett, principalmente por ser acompanhado de retardo mental (CUNHA, 2011).

Atualmente, a nomenclatura definida pelo *DSM – V* (2013) é Transtorno do Espectro Autista – TEA, pois há uma grande variabilidade nos sintomas, deste modo, a criança apresenta características dentro de um espectro, que estão classificados em níveis desde os mais leves até os mais severos.

3.2 Etiologia do autismo

Nas décadas de 40 e 50, as causas do TEA estavam relacionadas às dificuldades de interação entre a criança e seus pais, sendo que múltiplas

suposições sem bases científicas e de origem psicanalítica, apontavam os pais, especialmente as mães, como principais agentes causadores do transtorno, por não saberem dar resposta afetiva aos seus filhos, o que levou algumas mães a tratamentos psiquiátricos e, em extremo, ao suicídio (MESQUITA, 2011).

Todavia, essa teoria caiu por terra e após os anos 60 surgiram estudos apontando para uma possível causa genética, onde era descrito que em gêmeos monozigóticos, se um indivíduo nascesse com autismo, a possibilidade do outro seria de 90%. No entanto, nos casos de gêmeos dizigóticos, não há a mesma probabilidade (LEON; LEWIS, 1993). Anos mais tarde, em 2004, havia inúmeros estudos a respeito de fatores genéticos associados à causa do TEA, mas foram identificados poucos genes específicos e ainda não se tinha provado o seguimento de um padrão de herdabilidade (CARVALHEIRA; VERGANI; BRUNONI, 2004).

Dois anos mais tarde, a etiologia genética é ainda desconhecida (GUPTA; STATE, 2006). Porém, por ter amplo espectro de gravidade, é conhecido por ter muitas etiologias. As características desse transtorno afetam os comportamentos mais complexos e se trata de um transtorno do desenvolvimento do cérebro definido (multi) dimensionalmente (TUCHMAN; RAPIN, 2009).

Atualmente, os fatores de risco podem ser ambientais, genéticos e fisiológicos. Os ambientais teriam como fatores de risco: a idade parental avançada, baixo peso no nascimento ou exposição do feto ao ácido valpróico. Os genéticos e fisiológicos apresentam estimativas que variam de 37% até mais de 90%, com estudos relacionados a gêmeos. Os casos de TEA apresentam um percentual de 15% de associação a uma mutação genética conhecida (DSM-V, 2013).

Alguns estudos relatam que os fatores ambientais podem estar relacionados com a gravidez, onde a mãe estaria em um estágio de disfunção da tireóide, que pode predizer o autismo no feto (ROMÁN et.al. 2013). Outra pesquisa diz que a deficiência de Manganês (Mn) pode explicar a incidência dessa condição, pois tem aumentado em um ritmo alarmante nas últimas duas décadas, em sintonia com o aumento do uso de glifosato em culturas de milho e de soja nos Estados Unidos. Portanto, o TEA está associado ao comprometimento mitocondrial e com excesso de glutamato e amônia no cérebro, levando a uma encefalopatia crônica de baixo grau (SAMSEL; SENEFF, 2015).

Em relação aos aspectos cerebrais, pesquisas atuais sobre os neurônios-espelho, revelam que a localização e as interconexões no cérebro, a sua relação

com o comportamento social e da linguagem, e os efeitos de lesões na fala, linguagem e comportamento social, sugerem fortemente uma neurobiologia do autismo, ao contrário do modelo neurocognitivo (FISCH, 2013).

Portanto, o TEA pode ser considerado um transtorno neurobiológico do desenvolvimento que apresenta uma procedência genética poligênica, que pode afetar muitos órgãos, mas com preponderância da alteração do funcionamento do sistema nervoso central. As estruturas mais prejudicadas são o córtex cerebral, o cérebro e áreas do sistema límbico. Em 70% dos casos de TEA, a população apresenta retardo mental e, neste percentual, 30% deles, convulsões (CONSENZA; GUERRA, 2011).

Em contrapartida, além de pesquisas envolvendo as causas do TEA, algumas estão avançando na questão dos fármacos para auxiliar na qualidade de vida desse público, como um estudo realizado com o modelo animal, do qual verificou que inibindo os receptores da proteína *GRP* (fator de liberação da gastrina) relacionada à digestão, através de injeções de antagonistas de receptores *GRP*, produziu consequências positivas em relação aos comportamentos específicos sociais, interação social e abordagem social, comportamentos restritivos / repetitivos e estereotipados (MERALI et, al. 2014).

3.3 Diagnóstico da criança com autismo

Há cerca de setenta anos a ciência vem estudando o TEA, porém, ainda se apresentam muitas lacunas. Embora, atualmente esse transtorno seja muito conhecido, continua a surpreender pela variedade de características que pode apresentar, sendo que a maioria das crianças possui uma aparência normal. O que dificulta o diagnóstico. Porém, ao longo dos anos o número de casos cresceu e são identificados cada vez mais em idades precoces (VIVEIROS, 2011; FILIPE, 2012; LIMA, 2012). Para tanto, é necessário o conhecimento acerca do tema, pois o diagnóstico é feito através de observações do comportamento, portanto, é clínico, pois ainda não se conhece um marcador biológico confiável (COSENZA; GUERRA, 2011; GOTTFRIED, 2011).

A última edição do *DSM* (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) – *DSM-5*, com publicação em maio de 2013, apresenta critérios para o diagnóstico e adota a terminologia de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), não

havendo mais as subcategorias, descritas no *DSM-IV*, como: Transtorno de Asperger, Transtorno Autista, entre outros; todos são tratados como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) (SCHUWARTZMAN et. al. 2014). Com o *DSM-V*, é possível notar a discrepância no desenvolvimento das crianças autistas, desde as formas mais brandas até as mais severas. A Grande variabilidade de gravidade da condição do TEA permite o uso do termo espectro, pois as manifestações dependem desses aspectos, bem como do nível de desenvolvimento e idade cronológica (*DSM-V*, 2013).

A seguir é apresentado um quadro comparativo entre o *DSM-IV* e o *DSM-V*, sobre os critérios de diagnóstico para TEA:

Quadro 1 – Comparativo entre o *DSM-IV* e o *DSM-V*

<i>DSM-IV (1994)</i>	<i>DSM-V (2013)</i>
A criança deve apresentar, pelo menos, seis dos doze critérios abaixo, sendo dois de (A) e pelo menos um de (B) e (C):	Os exemplos são apenas ilustrativos e precisam de uma tabela complementar para especificar a gravidade atual.
<p>A) Déficits qualitativos na interação social, manifestados por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldades marcadas no uso de comunicação não-verbal; 2. Falhas no desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas ao nível de desenvolvimento; 3. Falhas em procurar, espontaneamente, compartilhar interesses ou atividades prazerosas com outros; 4. Falta de reciprocidade social ou emocional. 	<p>A) Déficits constantes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, manifestado pelo que segue, presentemente ou por história prévia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficits 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. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por

	<p>exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada à anormalidade no contexto visual e linguagem corporal ou déficit na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.</p> <p>3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos da dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesses por pares.</p>
<p>B) Déficits qualitativos de comunicação, manifestados por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta ou atraso do desenvolvimento de linguagem, não compensado por outros meios (apontar, usar mímica); 2. Déficits marcados na habilidade de iniciar ou manter conversação com indivíduos em linguagem adequada; 3. Uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem; 4. Inabilidade de participar em brincadeiras de faz-de-conta ou imaginativas de forma variada e espontânea para seu nível de desenvolvimento. 	<p>B) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por, pelo menos, dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados (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

	<p>pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer sempre o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).</p> <p>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).</p> <p>4. Hiper ou hiper-reatividade 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).</p>
<p>D) Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados:</p> <p>1. Preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados;</p> <p>2. Aderência inflexível a rotinas ou rituais; Maneirismo motores repetitivos e estereotipados;</p> <p>3. Preocupação persistente com partes de objetos.</p>	<p>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).</p> <p>D) Os sintomas ocasionam perda clinicamente expressiva no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo no presente.</p> <p>E) Essas perturbações não são mais</p>

	<p>bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global no 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 deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.</p>
<p>Atrasos ou função anormal em pelo menos uma das áreas acima, presente antes dos três anos de idade.</p>	
<p>Para Síndrome de Asperger, os seguintes critérios:</p> <p>E) Déficits qualitativos na interação social manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit marcado no uso de comportamentos não verbais, tais como contato visual, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social; 2. Incapacidade de estabelecer relações com seus pares de acordo com o seu nível de desenvolvimento; 3. Falta de um desejo espontâneo de compartilhar situações agradáveis ou interesses (como por exemplo, mostrando 	<p>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.</p>

<p>ou apontando para objetos de interesse);</p> <p>4. Falta de reciprocidade emocional ou social.</p>	
<p>Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados, manifestados por:</p> <p>1. Preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco;</p> <p>2. Aderência inflexível a rotinas ou rituais;</p> <p>3. Maneirismo motores repetitivos e estereotipados;</p> <p>4. Preocupação persistente com partes de objetos</p>	
<p>A) Esse transtorno causa distúrbios clinicamente significativos em termos sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes de funcionamento;</p>	
<p>B) Não há atraso clinicamente significativo de linguagem (por exemplo, palavras isoladas aos 2 anos; frases aos 3 anos);</p>	
<p>C) Não há atraso clinicamente significativo do desenvolvimento cognitivo, de habilidades de autoajuda, de comportamentos adaptativos (executando-se interação social) e de curiosidade em relação ao seu ambiente, durante a infância.</p>	

Fonte: Produzido pela autora a partir do *DSM-IV* e o *DSM-V*, critérios de diagnóstico para TEA.

Deste modo, torna-se imprescindível a constatação da presença de um conjunto de sintomas, não sendo possível efetuar o diagnóstico com base num único sintoma ou critério (FILIPE, 2012).

Contudo, o *DSM-V* adota níveis de gravidade do TEA, tais como: nível 3 (muito apoio substancial), nível 2 (apoio substancial) e nível 1 (apoio). Ou seja, o indivíduo que apresenta sintomatologia compatível com nível 3 apresenta algumas características como déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, que prejudicam o funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais. Também demonstra inflexibilidade de comportamento e extrema dificuldade em lidar com mudanças. Já o indivíduo que se enquadra no nível 2 do TEA, também apresenta as características do nível 3, porém, com menos intensidade. No nível 1, sem o uso de apoio, os prejuízos são notáveis, porém, sem extremos e a inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento (DSM-V, 2013).

Vistos os critérios e os níveis para o diagnóstico do TEA, percebe-se que não é algo fácil, pois cada criança apresenta características individuais e precisa ser observada e analisada seriamente. Demanda uma análise clínica cuidadosa, que inclui, além da abordagem neuropediátrica, avaliações da linguagem e neuropsicologia, bem como exames complementares: estudos de cromossomos e neuroimagem ou neurofisiológicos, DNA para X-frágil, para permitir identificar subgrupos mais homogêneos (ROTTA; OHLWEILER; RIESGO, 2005; LIMA, 2012). Como também informações que abrangem: observações clínicas, história do cuidador, e, quando possível, autor-relato (DSM-V, 2013).

Ao observar a criança, clinicamente, alguns aspectos são importantes de serem contemplados. A dificuldade no desenvolvimento social, que é marcado, principalmente, pela ausência de reciprocidade e de respostas emocionais, vem acompanhada de certa incapacidade de criar vínculos específicos, envolve também redução no entendimento de sinais não verbais de interesse e de prazer em estar com outras pessoas, dificuldades em iniciar e expressar afetos. O importante é a qualidade dessa interação social (WING; GOULD; GILLBERT, 2011).

Portanto, as características essenciais do TEA são prejuízos persistentes na comunicação social e recíproca na interação social. Ainda se apresentam aspectos relacionados a padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades que aparecem desde o início da infância e dificultam o funcionamento diário. O estágio em que o prejuízo funcional se encontra pode variar de acordo com as características do indivíduo e seu ambiente (DSM-V, 2013).

Os déficits na área da comunicação variam de ausência total de fala,

passando por atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco, até a linguagem explicitamente literal afetada. Mesmo quando habilidades linguísticas formais estão intactas, o seu uso para comunicação social recíproca está dificultado (DSM-V, 2013).

Na etapa pré-verbal, as crianças com TEA normalmente não verbalizam o que desejam, apontam ou olham, geralmente levam a mão do adulto ao objeto que desejam. As crianças com fluência verbal possuem dificuldades em sustentar uma conversa. Portanto, a linguagem pode ser, muitas vezes, mais “instrumental” do que “expressiva” e na maioria das vezes é mais “provocada” do que “instantânea”, pois as crianças com TEA empregam a linguagem basicamente com a intenção de satisfazer as suas necessidades e não para fins sociais. Desta forma, revela-se muito difícil para elas manter um diálogo contextualizado (GONÇALVES, 2011).

Além dos déficits de comunicação, a pessoa com TEA ainda apresenta dificuldade em interpretar as intenções das pessoas, o que é uma capacidade muito importante para uma interação social bem-sucedida. Deste modo, foi realizado um estudo, com ressonância magnética funcional de dados em 21 jovens com TEA de alto funcionamento e 22 participantes com o desenvolvimento típico, sobre os mecanismos neurais de se inferir intenções de ações nesses indivíduos.

Nesta pesquisa, foram feitas questões sobre ações de um modelo, tais como: como uma é executada e a intenção porque a ação é executada. Os resultados sugerem que o processamento de ações e intenções apresenta dependência de espelhamento e mentalização de mecanismos mediadores de compreensão da ação. No geral, inferir informações sobre as ações dos outros envolve a ativação do sistema de neurônios-espelho e regiões teoria de mente e esta ativação (e a sincronia entre as regiões cerebrais ativadas) aparecem alterados em adultos jovens com TEA (LIBERO et al., 2014).

Considerando tudo isso, o diagnóstico precoce se torna crucial para o desenvolvimento dessas habilidades, pois a intervenção precoce pode ser implementada logo, aproveitando o momento importante de plasticidade cerebral e, então, aumentar a eficácia do tratamento (RAPIN; TUCHMAM, 2009; SIEGEL, 2008).

3.4 Desenvolvimento da criança com TEA

Crianças com desenvolvimento típico apresentam interesse na interação social e no ambiente assim que nascem. Mantêm sua atenção para sorrisos e brincadeiras das pessoas próximas. Já as crianças com TEA apresentam pouco interesse nas interações sociais, não demonstram necessidade de companhia ou estimulação. Por exemplo: Não sorriem para os pais, nem esticam os braços para serem pegos no colo, não se engajam em jogos ou atividades lúdicas, mas podem disponibilizar esse tempo explorando sensorialmente um objeto, girando-o simplesmente pelo estímulo repetitivo. (KLIN, 2006).

Às vezes, com um ano de idade os bebês podem até andar, mas não apontam, não compartilham objetos e não falam (SILVA, 2012). Não estende os braços para solicitar colo, não aponta para partilhar interesses e experiências. Porém, um pouco mais velhos, é de costume usar as pessoas como objeto, pegando pela mão e levando até ao que desejam (SIEGEL, 2008). Apresentam padrões estranhos de brincadeiras, como por exemplo: carregar brinquedos, mas não brincar, formas incomuns de se comunicar, falar todo o alfabeto, mas não conseguir responder uma pergunta (Por exemplo: qual seu nome?). Pode-se perceber, em algumas crianças, a perda de algumas habilidades após os 24 meses, como uma regressão gradual, ou rápida, nas áreas sociais e de comunicação (DSM-V, 2013).

Para melhor esclarecimento, serão elencadas algumas características que poderão aparecer durante o desenvolvimento cronológico das crianças com TEA, segundo Moraes (2012) e Viveiros (2011):

- 0 – 6 meses: o bebê parece ser indiferente à ausência ou presença da mãe; não responde aos sorrisos; apresenta resposta exagerada aos sons; as vocalizações iniciais podem não surgir ou estarem sensivelmente atrasadas;
- 6 – 12 meses: recusa comer alimentos sólidos; tem dificuldades em sentar-se, gatinhar; não é uma criança afetuosa; em pé mostra-se hipertônica/ hipotônica; não tem medo de pessoas estranhas; não bate palmas; tem dificuldade em articular algumas palavras simples; não olha nem aponta para os objetos;
- 2 – 3 anos: demonstra interesse por áreas específicas; observa de modo muito próximo objetos em movimento; observação constante e repetitiva dos próprios dedos; tem pouco ou nenhum interesse pelos

brinquedos; mexe nos brinquedos de forma estranha, por exemplo: ao invés de brincar com bonecas, as emparelha em fila; a imaginação está pouco desenvolvida ou mesmo ausente; não tem interesse pelo contato interpessoal; usa as pessoas como objeto para alcançar o que deseja;

- 6 anos – adolescência: relacionamento social problemático; linguagem limitada; melhoria das respostas a estímulos sensoriais; dificuldades de abstração; não há envolvimento emocional; afetividade permanece ausente; emocionalmente distante; comunica de forma desconexa e irrelevante; impulsivo ou com pouco autocontrole;

- Fase adulta: deficiências intelectuais podem se agravar; comporta-se de forma estranha; dificuldades no relacionamento interpessoal. Conforme o nível de desenvolvimento é possível aprender alguns padrões de conduta e exercer a sua cidadania, integrando satisfatoriamente no meio no qual está inserido.

Todas essas características são diferentes do indivíduo típico, pois o cérebro da pessoa com TEA também é distinto. As pessoas autistas apresentam anormalidades na anatomia e no funcionamento em repouso do lobo temporal, principalmente localizadas bilateralmente nos sulcos temporais superiores, área que contribui para a percepção de estímulos sociais essenciais. Há pouca ativação nas áreas que envolvem a percepção social, responsável pelo reconhecimento de faces e voz, e a da cognição social, teoria da mente, quando o indivíduo é capaz de se colocar no lugar do outro. Pode-se dizer, assim, que o funcionamento do cérebro social do autista é diferente do cérebro social do indivíduo com desenvolvimento típico. Sabendo disso, pode-se melhor elaborar estratégias sociais de reeducação para pessoas com TEA (ZILBOVICIUS; MERESSE; BODDAERT, 2006).

Os problemas em relação à "Teoria da Mente" sobrevêm da dificuldade profunda de compreensão das mentes de outras pessoas, suas emoções, sentimentos, crenças e pensamentos e usar essas informações para dar sentido aos seus comportamentos ou prever o que as pessoas vão fazer a seguir. Sugere, então, que essa característica influencia no comportamento de pessoas com TEA. Embora haja alguma evidência de que a teoria da mente pode ser ensinada à pessoa com TEA, há pouca evidência de manutenção dessa habilidade, principalmente quando o indivíduo precisa usar esse recurso em outros contextos do

qual não está habituado ou não foi “treinado” (FLETCHER-WATSON et, al. 2014). Os déficits em relação à consciência de que os outros têm mente própria, conduz a um problema de autoconsciência, o que, por sua vez, leva à dificuldade em manter relações interpessoais (BARON-COHEN, 2008).

As limitações desta teoria traduzem-se na dificuldade em conseguir prever o comportamento dos outros e como a criança não compreende o comportamento do outro, fica apreensiva e evita estar com as mesmas pessoas. A criança apresenta dificuldade ao explicar o seu comportamento e na compreensão de que o seu comportamento pode afetar o que os outros pensam ou sentem, logo, não apresentam consciência e motivos para agradar terceiros. Outra limitação é a dificuldade da compreensão das emoções, o que leva à ausência de empatia (JORDAN, 2000).

A respeito das emoções e reconhecimento facial, foi avaliado um grupo de crianças com TEA e outro com crianças com desenvolvimento típico, nesse estudo, verificou-se que a direção do olhar modula a emoção na percepção de expressões faciais em ambos os grupos. Porém, as crianças com TEA são mais sensíveis à direção do olhar, também demonstraram uma deterioração mais significativa no reconhecimento de expressões de medo e com uma tendência para expressões tristes (TELL; DAVIDSON; CAMRAS, 2014). Demonstrando os sérios problemas das pessoas com TEA em compreender a mente dos outros.

Outro aspecto importante no desenvolvimento do indivíduo com TEA é a dificuldade em usar as funções cognitivas para criar estratégias de comportamento, fazer planos, resolução de problemas, memória de trabalho, o que pode acarretar em inflexibilidade e rigidez no comportamento, dificuldades nas relações sociais e de comunicação (SILVA, 2012).

As funções executivas organizam as competências perceptivas com a intenção de: selecionar um objetivo; decidir o início da sugestão; planejar as etapas de execução; monitorar as etapas comparando-as com o modelo proposto; modificar o modelo, se necessário; avaliar o resultado final em relação ao objetivo inicial, como exemplo: mãe de família precisa ir ao supermercado; decide o que vai comprar; planeja como irá às compras; determina qual supermercado; faz as compras. Caso alguma etapa apresente algum contratempo, é necessário repensar o que fazer ou mudar as atitudes em relação ao fato. O supermercado poderia não oferecer todos os mantimentos necessários, então, é necessário decidir, ficar e fazer compras

assim mesmo ou ir a outro supermercado (CYPEL, 2006, CONSENZA; GUERRA, 2011).

Na sua pesquisa de dissertação de mestrado, Czermainski (2012) realizou um estudo empírico com crianças e adolescentes com diagnóstico de TEA em comparação com crianças e adolescentes com desenvolvimento típico, da mesma idade, com o mesmo nível de escolaridade e de desempenho de QI, ambos responderam a uma bateria de avaliação neuropsicológica das funções executivas e memória de trabalho. Foi observado que o grupo com TEA apresentou desempenho significativo, estatisticamente inferior em todas as tarefas em relação ao grupo controle. As dificuldades encontradas pelo grupo com TEA envolveram todos os componentes executivos avaliados: planejamento, flexibilidade, cognitiva, inibição e fluência verbal, além de memória de trabalho.

Visto todos os estudos relacionados às dificuldades no desenvolvimento da pessoa com TEA é viável e necessário compreender os comportamentos “diferentes” que esses indivíduos apresentam. Embora não exista cura, é possível diminuir os sintomas através de uma intervenção adequada, que deverá abranger avaliação prévia, funcionalidade, idade cronológica, promoção de bem-estar físico e emocional e, também, a opinião dos pais. (FERNANDES, 2010). Desta forma, a intervenção *TEACCH* é importante, pois busca entender à “mente” autista e procura usar suas áreas fortes para compensar todos esses déficits (FONSECA; CIOLA, 2014).

3.5 O atendimento domiciliar, utilizando o modelo *TEACCH*

O *TEACCH* Foi desenvolvido no início de 1970 pelo Dr. Eric Schopler e colaboradores, na Universidade da Carolina do Norte (MELLO, 2007. LEON; OSÓRIO, 2011). Procurou questionar a psicanálise, terapia muito usada no tratamento do TEA naquela época na sociedade americana, em que se acreditava que o TEA tinha causas emocionais e que os pais eram agentes causadores da doença, portanto, também deveriam ser tratados com a psicanálise (LEWIS; LEON, 1995, DIONISI, 2013).

As pesquisas iniciais foram realizadas com embasamento em observações do comportamento em crianças com TEA em diferentes ambientes e frente a diferentes estímulos, com a participação dos pais como ajuda importante em todo o processo.

A conclusão deste projeto mostrou que: as crianças com TEA respondiam

melhor com proposta de trabalho estruturado do que em situações livres; os filhos não são consequências do comportamento dos pais, mas vítimas de uma síndrome; a aprendizagem visual é mais consistente do que auditiva; os problemas de comportamento podem ser minimizados a partir do momento em que a criança entende o que se espera dela; integração entre o tratamento e a escola (LEON; FONSECA, 2013).

Não é uma abordagem exclusiva, mas um programa que tenta responder às necessidades do autista usando as melhores abordagens. Os serviços oferecem desde o diagnóstico e aconselhamento dos pais e profissionais, até núcleos comunitários para adultos com todas as etapas mediadoras: avaliação psicológica, salas de aula e programas para professores. Toda instituição que utiliza o *TEACCH* tem todo esse apoio (MELLO, 2007).

É uma prática predominantemente psicopedagógica. Considera estratégias para lidar com os problemas de comportamento, a questão pedagógica e de aprendizagem formal, analisadas individualmente (LEON; FONSECA, 2013). Além disso, busca-se que a pessoa com TEA se comunique, se organize e compartilhe socialmente, com base em suas áreas fortes como: processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais, levando em consideração aspectos individuais (MARTINS, FILIPE E DUARTE, 2012).

Combina diferentes materiais visuais para aprimorar a linguagem e diminuir condutas inapropriadas. Áreas e recipientes de cores distintas são utilizados para instruir as crianças sobre, por exemplo, o lugar correspondente para elas estarem em determinado momento e qual a sequência de atividades durante o dia. (LEON; BOSA, 2005).

É uma metodologia altamente estruturada e desenvolve as capacidades individuais, apresentando três questões fundamentais, desde sua estrutura de ensino, a família como ajuda importante no processo terapêutico até a utilização de recursos visuais na aprendizagem efetiva da criança (LEON; FONSECA, 2013). Através de um processo consistente e individualizado de aprendizado, a criança adquire algumas habilidades e constrói alguns significados, representando um desenvolvimento significativamente melhor em relação ao que estava anteriormente à intervenção (MELLO, 2007).

Sobre a eficácia do modelo, foi realizado um estudo longitudinal de 30 crianças pré-escolares com TEA para avaliar os potenciais benefícios do tratamento.

Quinze dessas crianças eram tratadas com o *TEACCH* em diferentes ambientes, foram avaliados o seu funcionamento adaptativo, habilidades de linguagem, comportamentos desajustados e stress parental e comparado com um grupo controle de 15 crianças, na sequência de uma abordagem não-específica. Os resultados sugerem que o programa *TEACCH* na escola e em casa pode proporcionar benefícios para crianças com TEA, reduzindo os sintomas autistas e comportamentos desajustados. Além disso, a diminuição do estresse parental indica que o envolvimento dos pais no programa de reabilitação é um fator crucial e contribui muito para a eficácia do tratamento (D'ELIA *et al.*, 2014).

Outro estudo avaliou uma intervenção a nível domiciliar, com base no modelo *TEACCH*, para crianças de até três anos com TEA. Vinte famílias foram aleatoriamente designadas para o grupo de tratamento ou lista de espera. Todas as famílias foram comparadas no pré e pós-tratamento em medidas dependentes formais. Os resultados do projeto de linha de base múltipla mostrou melhoria no comportamento das crianças e diminuição do estresse nos pais (WELTERLIN, *et.al*, 2012).

Pesquisas vêm demonstrando que os *déficits* de comunicação, da fala e da compreensão dos sinais sociais e de dificuldade de generalização do que foi aprendido em lugar específico, podem ser melhorados, como também a resposta ao estresse como o comportamento disruptivo subsequente podem ser reduzidos com estratégias pedagógicas baseadas nos princípios do modelo *TEACCH* (ORELLANA, MARTINEZ-SANCHIS, SILVESTRE, 2013).

Então, para atender às necessidades das crianças com TEA, o *TEACCH* precisou se fundamentar na teoria comportamental e Psicolinguística. A valorização positiva de comportamentos adequados, o emprego de didáticas passo a passo e o uso de reforçadores confirmam as características comportamentais (KWEE; SAMPAIO; ATHERINO, 2009). Busca-se com esses reforçadores, que o comportamento desejado seja motivado a se repetir através dessas ações (PAPALIA, 2009).

Deste modo, a teoria comportamental entende os problemas comportamentais como um processo aprendido e centra-se nas dificuldades atuais do paciente e o foco é dirigido ao comportamento-problema e ou comportamento-alvo. O terapeuta é ativo e encorajador durante o processo terapêutico. De acordo com esse modelo, o condicionamento do comportamento é entendido como um

processo de aprendizagem que pode ocasionar a transformação de determinado comportamento. Deste modo, as pessoas podem ser motivadas a apresentar condutas apropriadas, através de reforço dos comportamentos desejados e pela ausência de estímulos aos comportamentos indesejados. Os principais recursos usados na intervenção do Modelo *TEACCH* são o reforço, a extinção e os manejos de redirecionamento (LEON; BARISH; BORTOLON, 2014).

Os reforçadores podem ser positivos ou negativos. O reforço positivo é o que fortalece determinado comportamento a se repetir, como por exemplo: a criança falar o que precisa, ao invés de usar pessoas como auxílio para conseguir o que deseja. Nessa atitude a criança recebe um reforço positivo, que pode ser um elogio; dar o objeto a ela significa um bônus, um brinde. Já o negativo, tem eficácia ao retirar um desconforto, consiste em retirar algo que a pessoa não gosta, como trocar a fralda molhada do bebê (PAPALIA, 2009).

Já por extinção pode ser definido por ocasiões em que não há estímulo com a intenção de diminuir a ocorrência de comportamentos indesejados. Como por exemplo: a criança começa a gritar para ganhar bala e a cuidadora fica quieta diante desse comportamento. E, por fim, o redirecionamento, que auxilia o comportamento esperado/adequado, através de manejos físicos, visando a organizar o comportamento da criança concretamente. Exemplo: a criança bate o lápis na mesa, o terapeuta redireciona as mãos, fisicamente, para a atividade, usar o lápis para escrever (LEON; BARISH; BORTOLON, 2014).

Para compensar os déficits de linguagem da pessoa com TEA, o modelo *TEACCH* se apoiou na psicolinguística, com o uso de recursos visuais, adequando à interação entre pensamento e linguagem para ampliar as capacidades de compreensão, onde a imagem visual é geradora do entendimento e da comunicação (KWEE; SAMPAIO; ATHERINO, 2009). A relação entre pensamento e linguagem é muito importante nessa teoria, do qual se tornou uma ponte entre a psicologia cognitiva e a linguística (LEON; OSÓRIO, 2011).

Além dessas teorias, ainda o *TEACCH* se fundamenta na questão desenvolvimentista (FONSECA; CIOLA, 2014), da qual considera as mudanças determinadas pela idade e experiência, valorizando estágios de desenvolvimento e maturação para aprendizagem. Assim sendo, os objetivos da intervenção precisam estar de acordo com o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra (LEON; BARISH; BORTOLON, 2014). Todos os princípios teóricos desta prática

entendem o indivíduo em constante desenvolvimento (PIERANGELO; GIULIANI, 2012).

Portanto, o *TEACCH* procura compreender como o autismo acomete esses indivíduos, como pensam, vivem, aprendem e respondem ao ambiente, assim, busca promover aprendizagem com independência, autonomia e funcionalidade. Ao pensar nesses aspectos e nas dificuldades cognitivas, pela própria dificuldade de entendimento da linguagem, é fácil entender que as pessoas com autismo veem o mundo de uma forma diferente, muito visual, o que justifica o uso de recursos alternativos e uma metodologia específica para compensar esses déficits (FONSECA; CIOLA, 2014). O entendimento da condição neurobiológica do Transtorno e o respeito à individualidade de cada um é essencial neste modelo (KWEI; SAMPAIO; ATHERINO, 2009).

Deste modo, os componentes básicos são adaptados para servir às necessidades individuais e ao perfil de desenvolvimento da criança, avaliados pelo *PEP-R (Psychoeducational Profile-Revised)* (LEON; BOSA, 2005), ou por outras escalas padronizadas de avaliação (LEON; FONSECA, 2013). O *PEP-R* oferece uma abordagem desenvolvimentista, a qual reflete a base psicolinguística do *TEACCH*, para a avaliação de crianças com autismo ou com transtornos correlacionados da comunicação. Isto é, abrange crianças com desenvolvimento típico ou não e entende-se que elas crescem e mudam suas habilidades com a idade. Nesse contexto, os parâmetros são identificados a partir de observações comportamentais, procurando-se, então, identificar o avanço das capacidades do organismo através do conceito de maturação (BIAGGIO, 1998).

Após as avaliações e com base em seus resultados, desenvolve-se um currículo individualizado com objetivos a serem trabalhados, organizando um ambiente estruturado, atividades e a rotina, todos previamente planejados com especificação do que a criança vai fazer, por quanto tempo e o que fará em seguida. A rotina é apresentada visualmente por meio de murais. Os murais indicam à pessoa com TEA o que ela deve fazer e a sequência das tarefas. Utiliza-se fotos, desenhos, brinquedos, palavras, pictogramas, conforme a capacidade cognitiva da criança. Esse recurso é importante para estimular as habilidades cognitivas de sequência, de planejamento, de finalidade, de antecipação e de compreensão, áreas afetadas no TEA (ARAÚJO, 2011). Desta forma, busca-se que a criança seja independente e realize a rotina e as atividades de maneira autônoma, usando as dicas visuais. Não

somente no ambiente de trabalho *TEACCH*, mas em outros espaços (LEWIS; LEON, 1995).

Para tanto, sugere-se que a estrutura física do ambiente terapêutico tenha poucos estímulos visuais e auditivos, o espaço seja delimitado e se mantenha o foco nas informações relevantes (LEWIS; LEON, 1995). A pessoa com TEA apresenta dificuldade em compreender o contexto e tende a se deter somente nos detalhes. Então, organiza-se o tempo de trabalho, os indicadores visuais e, sempre que necessário, usa-se o *prompt* físico (fazer junto). Primeiramente, até a criança aprender como funciona a estrutura proposta, o terapeuta fará um acompanhamento muito próximo dela mediante suporte físico, fazendo a atividade junto com a criança, acompanhando o movimento, porque se sabe que, em virtude do comprometimento cognitivo das pessoas com TEA, a aprendizagem se dá, em grande parte, pela experiência concreta. Posteriormente, a criança vai adquirindo competência e autonomia. O importante é organizar a ação para que ela entenda como funciona toda a proposta metodológica (LEON; FONSECA, 2013).

É muito importante que o ambiente seja estável e com rotinas organizadas, pois a aprendizagem da pessoa com TEA se constrói a partir dessas questões. Desse modo, sugere-se o posicionamento da mesa seja de frente para a parede, minimizando os estímulos visuais, móveis sem desenhos e materiais objetivos com os seus propósitos (LEON; FONSECA, 2013). Não é obrigatório o uso da mesa de frente para parede, isso depende da pessoa, se consegue suportar estímulos externos sem se distrair, o que se quer aqui é foco na atividade principal. A metodologia não quer tornar rígida a sua prática, como aconteceu no Brasil por muitos anos, tudo aconteceu de uma forma muito engessada, desconsiderando a necessidade da pessoa (FONSECA; CIOLA, 2014).

Outro aspecto importante na intervenção são os sistemas de trabalho, que visam à independência da criança, estabelecendo a relação causa-efeito e noção de sequência começo/meio/fim, essenciais para que a pessoa com TEA se conecte com lógica frente aos acontecimentos do ambiente e assim ser capaz de responder aos estímulos de forma integrada e construtiva (LEON; LEWIS, 1995).

Esses sistemas de trabalho independente têm como objetivo organizar a ação da criança. Isso porque o comportamento da criança com TEA, em situações livres, tende a ser desorganizado, repetitivo, estereotipado e com pouca funcionalidade (LEON; FONSECA, 2013). Devem ser bem claros e visuais, informando à criança o

que ela deve fazer, qual é a atividade, quando termina e o que deve fazer com a atividade depois que terminada e qual é a próxima tarefa (LEON; LEWIS, 1995). Há crianças que conseguem permanecer trabalhando por 45 ou 30 minutos, outras conseguem no máximo 10 minutos, tudo depende da maturidade de desenvolvimento avaliadas anteriormente (LIMA, 2012).

Há dois tipos de sistemas de trabalho, são apresentados de acordo com perfil e nível de autonomia que foi observada na pessoa com TEA. O primeiro tipo é o esquema de esquerda/direita com cesto de “acabou”. As tarefas são organizadas em uma estante ou móvel do lado esquerdo, essas atividades são realizadas uma a uma na mesa na qual a criança irá realizar a atividade bem ao lado, na medida em que as tarefas estão feitas, serão colocadas no lado direito da mesa ou no cesto do acabou, também localizado no lado direito. Refere-se a esse esquema, pois se assemelha ao sistema de escrita, já preparando a criança para a aquisição da leitura e escrita. (LEON; LEWIS, 1995).

O outro sistema é chamado de emparelhamento de cartões, que requer uma autonomia maior do que no esquema de esquerda/direita. Consiste na visualização da criança diante de uma mesa de cartões sinalizadores, com uma sequência a ser feita. Esses cartões devem ser escolhidos a partir do interesse da criança: personagens infantis, números ou cores. Montam-se os cartões em cada atividade correspondente em local específico. As atividades escolhidas para ambos os sistemas de trabalho devem ser aquelas em que a criança já consegue executá-las, porque o mais importante nessa situação é estimular a capacidade de realizá-las em sequência e com entendimento das etapas início, meio e fim (LEON; FONSECA, 2013). As tarefas que as crianças vão realizar nesses sistemas de trabalho foram trabalhadas anteriormente, uma a uma e em trabalhos individuais, conforme cada caso. O importante nesse momento é a qualidade do comportamento (LEWIS; LEON, 1995. LEON; FONSECA, 2013).

Em suma, as principais estratégias do Modelo *TEACCH* são: rotina, estruturação do ambiente, construção e adaptação das atividades psicopedagógicas e lúdicas, sistema de trabalho e apoio visual. Enfim, busca a interação de diversos conceitos para contemplar as necessidades de quem apresenta o TEA e de sua família (LEON; BARISH; BORTOLON, 2014).

Portanto, as estratégias educativas aplicadas nesse modelo são muito importantes para o desenvolvimento da pessoa com TEA, pois ajuda no

desenvolvimento cronológico, aproveita as competências, desenvolve a funcionalidade, divide as tarefas em pequenos segmentos, para ensinar sequencialmente, estrutura o ambiente, desenvolve atividades alternativas para conseguir uma mesma aprendizagem, apoia visualmente as aprendizagens e usa generalização das aprendizagens (LIMA, 2012).

Deste modo, para que a pessoa com TEA se desenvolva, tenha saúde e qualidade de vida, torna-se crucial o envolvimento familiar. Nesse sentido, o modelo *TEACCH* orienta alguns princípios, que são:

- Colaboração mútua (pais/educadores), num nível de trabalho ativo, onde os profissionais aprendem com os pais e vice versa. Os pais usam experiências particulares relativas ao seu filho, em contrapartida, os profissionais oferecem aos pais o seu conhecimento e experiência na área. Juntos, decidem as prioridades a serem planejadas na escola e na comunidade. Elaborando assim, o tratamento individualizado;
- Promover qualidade de vida de cada criança: melhorando todas as habilidades para o viver, através das melhores técnicas educacionais disponíveis e, quando necessário, ou de acordo com necessidade, compensar déficits através de organização do ambiente;
- Avaliação desenvolvimentista e a compreensão de quais são as habilidades atuais e emergentes que a criança precisa e deve desenvolver. Avaliações essas que podem ser formais, os melhores e mais adequados testes disponíveis, ou informais, observações da parte dos pais, professores e outras pessoas que estejam em contato regular com a criança;
- As teorias cognitivas e comportamentais são as mais favoráveis e guiam tanto a pesquisa quanto os procedimentos educacionais desenvolvidos pelo modelo *TEACCH*;
- Um modelo “generalista”, no qual os profissionais que irão trabalhar com pessoas com TEA ofereçam habilidade funcional para enfrentar

problemas provocados pelo transtorno, independentemente das suas áreas de especialização. Permitindo assim, a responsabilidade pela criança como um todo, para melhor trabalharem com o indivíduo com TEA e sua família, cabendo à equipe a decisão de consultar especialistas quando necessário. Aos pais, cabe o propósito de auxiliar, continuando em casa o trabalho iniciado nas estruturas de intervenção.

Assim, com este modelo, os profissionais também aprendem a conhecer o ponto de vista dos pais, pois deles se espera a função de generalistas em relação ao seu filho (KWEE; SAMPAIO; ATHERINO, 2009).

Contudo, para que o trabalho tenha efetividade, os profissionais que trabalham com o modelo proposto devem ter capacidade para trabalhar em oito áreas, cujos conceitos e questões têm dirigido a maior parte da atividade de pesquisa do *TEACCH* durante os últimos anos, bem como o envolvimento dos pais; manejo de comportamento; ampliação da aquisição de comunicação espontânea; desenvolvimento da aquisição de habilidades sociais; ensino, capacitação das áreas de independência e vocacional; desenvolvimento de áreas de lazer e recreação (LIMA, 2012).

O *TEACCH* continua vinculado à universidade da Carolina do Norte, conservando o seu caráter empírico, reavaliando os resultados e o desenvolvimento de novas estratégias frente aos novos conhecimentos em torno do indivíduo com TEA, mantendo-se assim, sempre atualizado (LEON; FONSECA, 2013).

A divisão que pesquisa e estuda o modelo vem desenvolvendo estudos e novos instrumentos de avaliação como uma nova versão do *PEP*, o *PEP 3* (Perfil Psicoeducacional 3 Edição). É um instrumento de avaliação amplamente reconhecida para identificar os pontos fortes e fracos da aprendizagem de crianças de seis meses a sete anos de idade, com TEA. Tal instrumento foi atualizado de várias maneiras importantes, incluindo as melhores propriedades psicométricas, os domínios da função revista, novos itens e sub-testes, os dados de comparação dentro do grupo e a adição de documentação chave (FERREIRA, 2011). Um estudo com 136 crianças de um ano e meio a seis anos e meio com TEA, trazem resultados positivos para o uso de tal instrumento na medição da linguagem e cognição (FULTON; D'ENTREMONT, 2013). No Brasil, ainda não se tem dados de validação para o uso do *PEP 3*.

3.6 Legislação

Muitas mudanças vieram acontecendo nas últimas décadas, inclusive na área da inclusão social. Alguns documentos mundiais foram lançados em favor da inserção da pessoa deficiente no meio social, bem como: Declaração sobre Educação para Todos (1990) e a Declaração de Salamanca (1994). A partir, principalmente, desses dois marcos da educação inclusiva, que com os princípios de reformulação do sistema de ensino como um todo, o movimento de educação para todos tornou-se discussão mundial e desencadeou uma verdadeira revolução educacional. Esses documentos mundiais enfatizam a inclusão social como a forma mais efetiva da implantação da Educação Inclusiva.

O principal mecanismo de luta por uma educação inclusiva, no Brasil, tanto na educação pública quanto privada, é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº. 9394, de 20 de dezembro de 1996, que define, no capítulo V, que a educação para alunos com deficiência deve ser oferecida, preferencialmente, na rede regular de ensino, assegurando aos mesmos, currículo, métodos, técnicas, recursos educativos específicos para atender às suas necessidades, dentre outros (BRASIL, 1996).

No ano de 2007, ocorreu em Brasília a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, onde consta no Artigo 24:

“Os Estados reconhecem o direito das pessoas com deficiência à educação. Para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados, assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida” (BRASIL, 1996).

A mais recente conquista para o indivíduo com autismo é a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que diz que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência, para todas as implicações legais. Aborda as diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da pessoa com autismo, a qual traz os seguintes direitos:

- I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;
- II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas

voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado. (BRASIL, 2012).

A respeito do acesso a ações e serviços de saúde, a Lei diz que a pessoa com TEA tem o direito:

- a) ao diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
- b) ao atendimento multiprofissional;
- c) à nutrição adequada e à terapia nutricional;
- d) aos medicamentos;
- e) a informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento.

A Lei ainda descreve que, em casos de confirmada necessidade, o indivíduo com TEA, incluído nas classes comuns de ensino regular, terá direito à acompanhante especializado. Como também expressa que o gestor escolar, ou autoridade competente, que rejeitar a matrícula de aluno com TEA, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

4 MÉTODO

Para desenvolver este estudo foram realizadas as seguintes etapas.

4.1 Características da pesquisa

Este estudo foi composto por uma abordagem qualitativa, com a utilização de dois casos de atendimento clínico que obedeceram aos critérios de validação do Comitê de Ética, número 5307, em Pesquisa do Centro universitário Unilasalle; e o número do projeto CAAE: 37434214.7.0000.5307.

Foi observado o desenvolvimento de duas crianças com TEA, sob os aspectos familiares, relacionamento cognitivo e social, comunicação e afetividade. Além disso, a sua inserção inclusiva na escola de educação básica será relatada neste estudo. Todo o processo de avaliação, observação e intervenção foi supervisionado por um profissional com experiência na área do autismo, profissional esse com Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e com 25 anos de experiência no atendimento e consultoria ao autismo.

Dessa forma, a pesquisa trata-se de estudo de caso, pois representa uma investigação experimental e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados. Pode incluir tanto estudos de caso único, quanto de múltiplos, assim como abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa (YIN, 2001).

A pesquisa foi baseada em observações e intervenções realizadas pela pesquisadora, na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Capão da Canoa RS, no meio escolar e na residência das crianças. Realizou-se, primeiramente, as observações e avaliações, após foram iniciadas as intervenções psicoeducativas com periodicidade de duas vezes por semana, no lar das crianças investigadas; ao final de seis meses, as avaliações foram reaplicadas para verificar o desenvolvimento dos mesmos.

Para avaliar o desenvolvimento das crianças diariamente, se fez necessário, neste estudo, a utilização de um diário de campo sob forma de um protocolo, onde foram elencadas as atividades propostas para cada criança e diariamente essas foram avaliadas com conceitos: R (respondeu à atividade com interesse/foi

responsivo) RF (respondeu com muita ajuda física) RV (respondeu com ajuda verbal) RG (respondeu com ajuda gestual) NR (não respondeu bem/estava dispersivo). Utilizou-se um arquivo eletrônico, no qual foram registradas informações verbais, não verbais, contextuais, que não fazem parte do material formal coletado. Esses registros foram importantes durante o processo de análise dos dados, quando o pesquisador já não se encontra no ambiente de observação, complementando com isso os dados levantados pelos outros instrumentos previamente apresentados (APÊNDICE G) (LUDKE, 1986).

Para tanto, a pesquisa se apoiou em alguns pressupostos da pesquisa-ação, com ênfase na observação participante existencial (BARBIER, 2007), com a intenção de possibilitar ao pesquisador participar da intervenção, planejamento e avaliação, estabelecendo vínculo com os sujeitos e com o ambiente onde a pesquisa foi realizada.

A escolha dos participantes foi de forma intencional, visto a necessidade das crianças e com TEA previamente diagnosticadas por uma equipe interdisciplinar composta por: neurologista, psicopedagoga, fonoaudióloga e pediatra.

Participaram desse estudo duas crianças com idade cronológica entre seis e sete anos de idade, com diagnóstico do TEA, que frequentam o bloco de alfabetização de uma Escola Municipal da cidade de Capão da Canoa, bem como a APAE (Associação de Amigos e Pais dos Excepcionais) no interior do estado do Rio Grande do Sul. Também participaram os pais das crianças, a professora regente da turma e a professora auxiliar.

4.2 Procedimentos

4.2.1 Estudo

Todas as fases de coleta dos dados para o estudo foram realizadas no lar das crianças, na escola e na APAE. O Estudo está descrito cronologicamente nas Fases de 1 a 5.

4.2.2.1 Fase 1: Convite, Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Intervenção e Entrevista

Inicialmente foi realizado o convite verbal com a respectiva explicação da

pesquisa aos pais e professores das crianças, os quais concordaram em realizar a entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A – B- C), conforme a Resolução nº 466 (BRASIL, 2012).

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ocorreu em um lugar privativo na APAE e a entrevista foi enviada por e-mail, não sendo gravada ou filmada.

Realizada a assinatura dos termos (TCLE), uma via permaneceu com a pesquisadora e outra com o entrevistado. Os pais foram orientados a respeito da intervenção e das avaliações realizadas.

Foram realizadas duas reuniões na escola, com os professores das crianças, para orientação a respeito de aspectos específicos e de aprendizagem das crianças com TEA. Primeiramente, solicitou-se a reunião na escola e após agendada, o material foi organizado, juntamente com as avaliações e observações e, a partir disso, se elaborou um plano individual de trabalho de cada criança de acordo com suas áreas de interesse e seu desenvolvimento, rotina e material de apoio. As professoras e a auxiliar foram orientadas quanto ao manejo em situações de comportamentos inadequados, foram esclarecidas dúvidas em relação ao Transtorno, assinaram o TCLE e a entrevista foi enviada por e-mail, visto o pouco tempo que foi disponibilizado.

A segunda reunião foi realizada no lar de um paciente, juntamente com os pais, professoras, auxiliar e a supervisora no modelo *TEACCH* (via Skype). Foram analisados o desenvolvimento, retorno das reavaliações e discutiu-se a respeito do avanço das crianças para o próximo ano, que irão passar do segundo para o terceiro ano do ensino fundamental de nove anos.

4.2.2.2 Fase 2: Avaliações das crianças

O modelo *TEACCH* requer que sejam realizadas observações detalhadas e sistematizadas que farão parte da composição das avaliações das crianças com TEA, através de protocolos validados na Universidade da Carolina do Norte. Consiste em seis protocolos específicos, que ajudam a observar as áreas de desenvolvimento, características individuais dos sintomas autistas, cognitivo, comunicação, sociabilidade e o brincar. Como também, uma entrevista com pais e professores e um diário de campo.

As avaliações das crianças foram realizadas através de observações, no mês de abril, e reaplicadas no mês de outubro, durante o período de no máximo duas horas, cada um em seu respectivo lar, com exceção do CARS, que foi aplicado somente no mês de abril. Utilizou-se os seguintes Instrumentos de avaliações:

- a) ANEXO – A: *CARS-(Childhood Autism Rating Scale)* de Eric Schopler, R.J., Reichler e Bárbara Rochen Renner (1988), Escala de Traços Autísticos foi respondida pelos pais da criança. Essa escala comportamental é composta por quinze itens, desenvolvida para identificar crianças com síndrome autista permitindo uma classificação clínica da gravidade: ligeiro a moderado e severo. O tempo médio de aplicação foi de 45 minutos. A escala foi pontuada da seguinte forma: cada subescala da prova tem um valor de 1 a 4 pontos. Então, pontua-se a escala positiva no momento em que um dos itens for positivo. A pontuação global da escala se faz a partir da soma aritmética de todos os valores positivos da subescala. Foi solicitado aos pais responderem à escala focando os comportamentos observados no primeiro ano de vida, ou seja, de forma retrospectiva;
- b) ANEXO – B: Planilha de características do autismo: descreve quais as áreas acometidas pelo autismo na criança, bem como a forma de aprendizagem da mesma, por meio de observações do comportamento (Protocolo de características do autismo, *Summer training University of North Caroline*, 2014);
- c) ANEXO – C: Avaliação de habilidades: atividades que a criança realiza sozinha, com ajuda ou sem ajuda. Descreve também, como ela realizou a tarefa, qual o foco de interesse e o de aprendizagem (Protocolo de habilidades, *Summer training University of North Caroline*, 2014);
- d) ANEXO – D: Observação de comunicação espontânea: indica a forma de comunicação espontânea que a criança usou para se comunicar no contexto de trabalho, brincadeira e atividade em grupo. Marca-se um “ * ” para indicar contato visual (Protocolo de comunicação, *Summer training University of North Caroline*, 2014);
- e) ANEXO – E: Avaliação de níveis de brincar: verificação do nível do desenvolvimento de brincar no qual a criança se encontra: sensório motor (concreto) causa/efeito, funcional (imitar ações), reprodução de rotina

- (reproduzir uma brincadeira que já foi explorada antes), simbólico (Protocolo de níveis de brincar, *Summer training University of North Caroline*, 2014);
- f) ANEXO – F: Avaliação de níveis sociais: nas atividades estruturadas, desestruturadas e em grupo, marcar um “*” o nível em que a criança se encontra: solitário (brinca sozinho), espectador (olha a outra pessoa brincar), paralelo (brinca sozinho, mas ao lado de outra pessoa brincando), percepção paralela (ora brinca sozinho, ora brinca de maneira compartilhada), engajamento conjunto (brinca de maneira compartilhada, em uma brincadeira conjunta com a outra pessoa) e jogos com regras. Além de observar os interesses especiais, as instruções visuais e a organização do ambiente (Protocolo de níveis sociais, *Summer training University of North Caroline*, 2014);
- g) APÊNDICE – F: Entrevista com os pais e professores das crianças investigadas, com perguntas referentes ao desenvolvimento cognitivo, social, motor e comunicativo;
- h) APÊNDICE – G: Diário de campo: onde foram elencadas as atividades propostas para cada criança e diariamente essas foram avaliadas com conceitos: R (respondeu à atividade com interesse/foi responsivo) RF (respondeu com muita ajuda física) RV (respondeu com ajuda verbal) RG (respondeu com ajuda gestual) NR (não respondeu bem/estava dispersivo), durante cada sessão.

4.2.2.3 Fase 3: Avaliações realizadas no mês de abril – Paciente 1

Foi verificado, através do *CARS*, que o paciente 1 apresenta sintomatologia compatível para o diagnóstico do TEA, em nível leve.

Avaliação 1: Planilha de características do Autismo

Área de Comunicação Social

- Problemas com reciprocidade sócio emocional: a abordagem social se caracteriza pelo olhar, sorriso e enunciados sociais verbais, como: oi, como vai você? Entretanto, algumas vezes, aparece de forma repetitiva. Sobre a

conversa recíproca, essa ocorre principalmente sobre tópicos específicos, por exemplo: princesas e filmes. Todavia, o desenrolar da conversa é limitado porque há dificuldade no encadeamento de pensamentos e intenções. Ao compartilhar de interesses, tende a partilhar somente o seu próprio interesse com dificuldade de acompanhar o outro.

- Problemas com comunicação não verbal para a interação social: apresenta bom contato visual e linguagem corporal. Da mesma forma, compreende gestos e expressões, embora a sua expressão não verbal seja a predominante reprodução de cenas de filmes e personagens.
- Problemas de desenvolvimento e manutenção de relações sociais (em nível de desenvolvimento): apresenta uma defasagem nesta área manifestada com comportamentos, tais como: dificuldade em permanecer e acompanhar a dinâmica de brincadeiras, a frustração em perder jogos ou não se enquadrarem da forma que gostariam.
- Discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores, ou uso de objetos: apresenta reprodução de fala de personagens de filmes que aparecem sob a forma de ecolalia.
- Adesão a rotinas, padrões, padrões de comportamento ritualizados verbais ou não-verbais, resistência excessiva a mudanças: tende a reproduzir rotinas conhecidas, apresentando leve dificuldade quando são modificadas.
- Interesses inflexíveis, altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco: interesses extremos, por princesas e fadas, a tal ponto que essa temática predominava em suas interações e brincadeiras. Contudo, vem conseguindo expandir aos poucos seu leque de temáticas.
- Hyper-ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente: apresenta resposta aumentada quando há muito estímulo visual e auditivo, como em festas e parques.

- Estilo de Aprendizagem: em função das características acima mencionadas, ressalta-se que crianças com TEA conseguem realizar tarefas de forma organizada desde que haja estrutura no ambiente e no trabalho que deve desempenhar. Caso não exista esta estrutura, apresenta comprometimento em manter a atenção e generalizar os aprendizados. Sobre isso, pode-se dizer também que possui dificuldades em tomar a perspectiva do outro, o que acarreta, muitas vezes, num padrão desorganizado, no qual insiste em fazer as tarefas apenas à sua maneira. De um modo em geral, apresenta um padrão harmônico de habilidades, embora com certa defasagem em relação à idade cronológica. Concluindo, a respeito do estilo de aprendizagem vale a pena mencionar que necessita de regras explícitas para compreender e responder aos ensinamentos. Isto é, há uma diminuição importante na capacidade de aprendizagem automática que impede que novos conhecimentos ocorram sem que haja uma orientação clara e explícita.

Avaliação 2: Avaliação de habilidades

Foram pesquisados elementos conceituais e metodológicos para definição dos direitos de aprendizagem e desenvolvimento do ciclo de alfabetização (1º, 2º e 3º ano) do ensino fundamental (2012), objetivos a serem alcançados por crianças de 7 anos, no ensino regular. Então, foi observado se o paciente 1 conseguiria realizar sozinho (P), com ajuda (E) ou não responderia (R). As atividades foram:

1. Pintar desenhos com limite de espaço: (P), seu foco se deteve na cor rosa e em conto de fadas. Apresentou boa preensão, respeitou os limites e pintou com interesse.
2. Jogos com regras: dominó, memória, bingo (E). Preferiu o jogo das princesas e apresentou dificuldade em compreender as regras, tais como: a sua vez de jogar e quem venceu.
3. Encontrar diferenças: (P) solicitou o jogo no *lpad* e apresentou boa atenção.

4. Verbalizar experiências e sentimentos: (E), contou que assistiu a um filme, porém, não conseguiu relatar o nome do filme e não ficou muito claro o que estava acontecendo com os personagens em seu relato.
5. Reconhecer letras: (E) reconheceu as vogais A-I-O-U e as consoantes B-C-J-X, manteve-se atenta e responsiva, demonstrou interesse em letras com contextos de aniversário (bolo, docinhos, balões etc.).
6. Associar números à quantidade: (P), associou os números à quantidade até 20, com atenção e boa compreensão.
7. Ideia de adição: (R), Não compreendeu à ideia de agrupar para somar.
8. Agrupar objetos e roupas: (E), necessita da organização visual pela imagem ou pelo objeto.
9. Relatar acontecimentos passados: (E) relata, porém apresenta lacunas, das quais não entendeu a pergunta “onde”. O relato aconteceu por meio de perguntas da terapeuta. Transcrito abaixo o diálogo:

Paciente: *“fui na pracinha”*

Terapeuta: *“que legal! Qual pracinha?”*

Paciente: *“ora... a que tem tartarugas.”*

Terapeuta: *“onde tem tartarugas?”*

Paciente: *“tartarugas com pele verde”*

Terapeuta: *“E você brincou?”*

Paciente: *“sim”* e mudou de assunto.

Avaliação 3: Observação de comunicação espontânea

O paciente 1 usou a verbalização e apresentou contato visual em todos os contextos observados.

- No contexto de trabalho; pediu água e princesas, rejeitou o banheirinho oralmente, não fez nenhum movimento para chamar a atenção da terapeuta e relatou, com poucos detalhes, o que fez na escola. Transcrição do relato: *“brinquei com a Maria de correr”*.
- No contexto de brincadeira, pediu para andar de bicicleta, disse que não queria tomar água, não fez nenhum movimento para chamar a atenção da terapeuta e contou que andou de bicicleta na praça.
- No contexto de atividade em grupo; pediu papel e lápis para desenhar. *“Quero caneta... ops... Lápis e papel”*, disse que não queria desenhar no caderno com a seguinte fala: *“ não quero desenha nesse caderno”*. Terapeuta disse: *“por quê?”* paciente diz: *“porque não”*. Após, contou que iria desenhar um acampamento de meninas (cena de filme), não usou nenhum recurso para chamar a atenção da terapeuta.

Avaliação 4: avaliação de níveis de brincar

O protocolo de avaliação foi realizado em sua casa, em um momento de descontração com a família. Observou-se que o paciente 1 se encontra no nível de reprodução de rotina (nível 4), isto é, reproduz brincadeiras vistas antes e cenas de filmes, pois montou uma brincadeira a qual havia sido explorada pela mãe dias antes, segundo relato da mesma. Colocou o fogão (brinquedo) no tapete, pegou as panelinhas e fez, após isso, deu para as bonecas.

Avaliação 5 : avaliação níveis sociais

A avaliação 5 foi realizada em uma situação de brincadeira de casinha, com bonecas e miniaturas de móveis e utensílios domésticos, realizada na terapia com a professora. O paciente 1 demonstrou estar no nível de engajamento conjunto, pois explorou os brinquedos de forma a reproduzir uma situação vista antes, como cenas de filmes e brincadeiras. Também aceitou dividir os brinquedos, a fala do outro e até mesmo solicitou a presença deste para participar da brincadeira, com a seguinte

fala: “*você quer brincar?*”. Todavia, interagiu de forma limitada, pois em seguida voltou-se para o seu centro de interesse, respondendo somente quando solicitado.

4.2.2.4 Fase 4: Intervenção TEACCH – Paciente 1

A intervenção foi realizada durante duas vezes por semana, com duração de 2 horas. O trabalho foi dividido em: 30 minutos. Trabalho independente: 30 minutos. Trabalho individual: 10 minutos. Lanche: 20 minutos. Brinquedo livre: 15 minutos. Trabalho individual: 15 minutos. Trabalho independente: 15 minutos. Por vezes, os trabalhos são substituídos por uma atividade surpresa (computador, jogos no Ipad, desenhar, bicicleta, amarelinha).

Toda a rotina foi organizada em uma agenda, como por exemplo:

08 de Junho de 2015, segunda-feira.	
(nome da criança)	
(desenho) Trabalho individual	<input type="checkbox"/>
(desenho) Trabalho independente	<input type="checkbox"/>
(desenho) Lanche	<input type="checkbox"/>
? Surpresa	<input type="checkbox"/>
(desenho) Brinquedo livre	<input type="checkbox"/>

As atividades do trabalho independente são tarefas que a criança já sabe realizar sozinha, pintar desenhos, emparelhar letras, montar quebra-cabeças, relacionar a letra à sua figura correspondente, seguir pontilhados, números e quantidades.

Já no trabalho individual, as atividades foram focadas nas habilidades que estão emergindo, como reconhecimento de todas as letras do alfabeto, vogal e consoante, escutar histórias (reponder perguntas, reproduzir concretamente a história, contar), número e quantidade até 50, contas simples de adição e subtração, linguagem (conversar).

No momento do brinquedo livre, foram elaborados 5 cenários de brincadeiras (mercado, passear de carro, fazer comida, polly encontra amiga para ir ao shopping e chá). A criança escolhe, pela figura, com o que quer brincar em um determinado dia, a brincadeira acontece em um tapete no chão. Interagimos, brincamos, reproduzimos a rotina.

O momento surpresa, é proposto no lugar de um trabalho que a criança está acostumada a fazer, usamos esse recurso para trabalhar flexibilidade, então, na agenda tem o ponto de interrogação (?) e a criança vai até o mural de escolha e opta pelo que gostaria de fazer naquele dia.

O acompanhamento diário da criança foi realizado através do Protocolo de Observação Diário (APÊNDICE G).

4.2.2.5 Fase 5: Reavaliações Realizadas No Mês De Outubro – Paciente 1

Avaliação 1: Planilha de características do Autismo

Área de Comunicação Social

- Problemas com reciprocidade sócio emocional: a abordagem social se caracteriza pelo olhar, sorriso e enunciados sociais verbais, como: oi, como vai você? Todavia, algumas vezes, antes de cumprimentar, conta algo que aconteceu ou mostra alguma coisa que fez e esquece a formalidade. Sobre a conversa recíproca, essa ocorre quando deseja contar algo que a marcou, o faz de uma forma repetitiva, por exemplo: todos os dias, durante um período, contou que foi fazer exame de sangue. Se expressa com clareza e se faz compreendida, porém, troca algumas palavras.

Ao compartilhar de interesses, tende a partilhar somente o seu próprio interesse, com dificuldade em acompanhar o outro. Algumas vezes faz questionamentos como: “você gosta? Você tem?” Caso receba uma resposta negativa, tende a convencer o outro a gostar das mesmas particularidades do seu próprio interesse. Por exemplo: perguntou para a terapeuta: “*Você gosta de cachorros?*” A terapeuta disse: “*não, eu tenho medo!*” Paciente: “*mas cachorros são bonzinhos, você não precisa ter medo! Você vai pedir um cachorro para a sua mãe*”.

- Problemas com comunicação não verbal para a interação social: apresenta bom contato visual e linguagem corporal. Da mesma forma, compreende gestos e expressões, embora a sua expressão não verbal seja através de imitações, não somente de seus personagens preferidos, mas de pessoas de seu ambiente.
- Problemas de desenvolvimento e manutenção de relações sociais (em nível de desenvolvimento): consegue se relacionar e fazer amigos, porém, apresenta uma defasagem nesta área, se relacionando com crianças em idade cronológica menor. A dificuldade está em acompanhar e entender às “dicas” sociais das crianças da mesma idade.
- Discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores, ou uso de objetos: ainda apresenta reprodução de fala de personagens de filmes que aparecem, principalmente em contextos de brincadeiras ou as usa para relatar fatos.
- Adesão a rotinas, padrões, padrões de comportamento ritualizados verbais ou não-verbais, resistência excessiva a mudanças: apresenta maior dificuldade em ambientes diferentes, quando o tempo de permanência extrapola o seu limite.
- Interesses inflexíveis, altamente restritos, que são anormais em intensidade ou foco: vem conseguindo expandir o seu leque de interesses, como: cozinhar, balet, letras, instrumentos musicais.
- Hyper-ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente: apresenta resposta aumentada quando há muito estímulo visual e auditivo, como em festas e parques, depois de um período de tempo.
- Estilo de aprendizagem: após a explanação acima, percebe-se que o paciente 1 apresenta uma abordagem repetitiva para expor situações, da qual tende a

relatar os mesmos fatos inúmeras vezes. Pode-se dizer, também, que possui dificuldades em tomar a perspectiva do outro, visto que procura coagir o outro com o intuito de colocar sua própria vontade. De um modo em geral, apresenta um padrão harmônico de habilidades, embora com certa defasagem em relação à idade cronológica. Portanto, faz-se necessária a orientação, apoio visual e preparação para determinados acontecimentos e, assim, possibilitar a manutenção da atenção e organização.

Avaliação 2 : Avaliação de habilidades

Foram pesquisados elementos conceituais e metodológicos para definição dos direitos de aprendizagem e desenvolvimento do ciclo de alfabetização (1º, 2º e 3º anos) do ensino fundamental (2012), objetivos a serem alcançados por crianças de 7 anos, no ensino regular. Então, foram elaboradas algumas atividades de acordo com a idade cronológica da criança e observou-se se ela conseguiria realizar sozinha (P), com ajuda (E) ou não responderia (R). As atividades foram:

- Pintar desenhos com limite de espaço: (P), seu foco se deteve na cor rosa, roxo e princesas. Apresentou boa apreensão, respeitou os limites e pintou com interesse.
- Jogos com regras: trilha, memória, bingo das letras (P). O jogo observado foi o bingo de letras, para formar palavras. Apresentou interesse nas figuras do anel e do gato. Compreendeu todas as regras do jogo: vez de jogar, como colocar as peças, o que fazer. Todavia, tende a mascarar a derrota quando é verificado que perdeu o jogo, com as seguintes falas: “as duas ganharam” e “ninguém ganhou”. No entanto, reconhece que o outro ganhou, o que está prejudicada é a habilidade em lidar com a frustração.
- Encontrar diferenças (P). Encontrou as sete diferenças sem ajuda.
- Verbalizar experiências e sentimentos (P). Conta experiências espontaneamente, com sentimentos e riqueza de detalhes. Com o

seguinte relato: *“Fui fazer exame de sangue (mostrou a marca da agulha no braço), doeu, mas depois eu ganhei chocolate quente e pirulito. Mas não se preocupe, já vai melhorar”*.

- Reconhecer letras: (P). Reconheceu todas as letras e associou ao seu personagem. Contudo, sua atenção se deteve aos seus personagens preferidos.
- Associar números à quantidade (P): associou os números à quantidade até 39, com atenção e boa compreensão.
- Ideia de adição (P). Entendeu a ideia de agrupar para somar.
- Agrupar objetos e roupas (P). Observou que a xícara não era roupa, que o gato não era objeto e montou grupos de animais e roupas. Demonstrou interesse em roupas de meninas: saia, vestido.
- Relatar acontecimentos passados (P). Relatou que um menino, na escola, pegou sua tesoura e estragou. Contou que precisou levar a almofada para a escola para assistir a um filme. Com as verbalizações: *“Um menino pegou minha tesoura na escola e estragou”* e *“Essa almofada (apontou) levei para ver um filme na minha escola”*

Avaliação 3: Observação de comunicação espontânea

Na área de comunicação espontânea, o paciente 1 usou, como forma de comunicação, a verbalização e apresentou contato visual em todos os contextos observados.

- No contexto de trabalho: pediu para ir ao banheiro com a frase: *“preciso ir ao banheiro”*. Disse que não sabia montar o quebra-cabeça, pois não queria montar, rejeitando a atividade. Para chamar a atenção da terapeuta, apertou-lhe o nariz e disse: *“te peguei”*. Dividiu a

experiência verbalizando que foi ao dentista e ele disse para abrir a boca. Transcrição da fala: *“Fui no dentista e ele me disse abra a boca.”* disse, ainda, *“abra a boca!”*.

- No contexto de brincadeira: pediu para brincar de fazer o aniversário da Ariel, não ocorreu situação de rejeição. Chamou a atenção da terapeuta dizendo: *“olha o meu bolo, você gostou?”*. Pediu ajuda para arrumar o seu calçado.
- Atividade em grupo: pediu o livro das princesas, disse para sua mãe que não queria tomar o remédio, com a seguinte fala: *“não quero tomar esse remédio, tem gosto de meias velhas!”*. Para chamar a atenção da terapeuta trouxe panqueca para a mesma comer e esperou, olhando para o rosto para ver a reação, pois quem fez a panqueca foi o próprio paciente com a ajuda dos pais. Contou que fez a panqueca com a sua mãe e o seu pai montou, com a frase: *“eu coloquei o chocolate e o pai fechou!”*.

Avaliação 4: avaliação de níveis de brincar

O protocolo de avaliação foi realizado na terapia em contextos organizados pela terapeuta. Observou-se que o paciente 1 evoluiu do nível de reprodução de rotina (nível 4) a qual reproduzia brincadeiras vistas antes e cenas de filmes, para o nível criativo/simbólico (nível 5), pois embora use a reprodução de rotina para se organizar e montar as cenas, apresentou evolução ao fazer uso da representação, usando os recursos disponíveis para transformá-los em objetos da qual precisava, como também, evoluindo as brincadeiras com inovações nas seguintes situações:

- Brincadeira de restaurante na terapia: organizou o ambiente com mesinhas e cadeirinhas, colocou as bonecas sentadas, o paciente 1 era o cozinheiro, fez bolo usando massinha de modelar e chá, serviu e imitou as vozes dos personagens. Após o chá, a personagem Ariel passou muito mal e faleceu, o paciente então fez o enterro e colocou-a embaixo do tapete e, assim, acabou a brincadeira.

- Brincadeira de casinha na terapia: organizou uma festa na piscina com as bonecas. Todas foram tomar banho de piscina. Uma das personagens foi até a cozinha fazer o lanche e fez uma bagunça. O paciente disse: “*vamos ter que arrumar isso, preciso de uma vassoura.*” No entanto, não havia vassoura. Então fez de um pedaço de papel uma vassoura. Arrumou tudo e as “meninas” foram para as suas casas.

Avaliação 5 : avaliação níveis sociais

Foi observado em uma situação de jogo – bingo das letras, com a terapeuta na intervenção *TEACCH*. Verificou-se que o paciente 1 passou do nível de engajamento conjunto, para o nível de jogos com regras, pois compreendeu todas as regras do jogo: vez de jogar, como colocar as peças, o que fazer, percebe o vencedor e o perdedor. Todavia, tende a mascarar a derrota quando verifica que perdeu o jogo, com as falas: “*as duas ganharam*” e “*ninguém ganhou*”. Pode-se dizer que o que está prejudicada é a habilidade em lidar com essa frustração.

4.2.2.6 fase 6: avaliações realizadas no mês de abril – paciente 2

Avaliação 1: Planilha de características do Autismo

Área de Comunicação Social

- Problemas com reciprocidade sócio emocional: a abordagem social se apresenta com o olhar e com pronunciados sociais como: oi, bom dia. Porém, algumas vezes, a verbalização acontece por meio de estimulação, ou a primeira frase que diz, ao receber a terapeuta, é uma situação que deseja contar. Por exemplo: veio ao encontro da terapeuta com a seguinte frase: “*O choquito morreu*”, seu cachorro de estimação. A terapeuta diz: “*oi, bom dia!*”. O paciente responde: “*oi, bom dia!*”. Terapeuta: “*Quando o choquito morreu?*”. Sem resposta. A respeito da conversa recíproca, esta ocorre quando deseja contar algo do seu convívio diário, entretanto, é muito restrita, pois em seguida diz palavras desconexas ou responde aos questionamentos de forma estereotipada ou repetitiva (falas de filmes, de pessoas), há dificuldade em

manter a conversa. Transcrição da fala: “fui na vó, eu quero é 12, 12!”. Misturou o fato com uma música que havia escutado. Terapeuta: “O que você fez na vó?”. Paciente: “Eu vi o tio” e vocalizou algo que não foi possível compreender. Sobre a partilha de interesses, esta acontece sob a forma de pedidos, por exemplo, do jogo e personagem preferidos, com a fala: “eu quero os animais!”, se referindo ao bingo dos animais.

- Problemas com comunicação não verbal para a interação social: apresenta bom contato visual, compreende gestos e algumas expressões; tais como: bravo, triste, pensativo e feliz. Todavia, sua expressão não verbal aparece através de gestos de não, silêncio. Ações vivenciadas ou aprendidas antes.
- Problemas de desenvolvimento e manutenção de relações sociais (em nível de desenvolvimento): há uma defasagem nesta área, pois tende a se isolar e brincar sozinho. Resiste em permanecer em brincadeiras com mais de uma criança ou quando não tem intimidade com ela.
- Discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores, ou uso de objetos: reproduz falas de pessoas, propagandas de televisão e filmes, sob a forma de ecolalia e estereotipia. Apresenta apego incomum a objetos.
- Adesão a rotinas, padrões, padrões de comportamento ritualizados verbais ou não verbais resistência excessiva a mudanças: apresenta dificuldade em romper com rotinas já estabelecidas. Por exemplo: realizar sempre as mesmas ações para determinada brincadeira, a professora deve sempre fazer um desenho para pintar no início da aula na escola.
- Interesses inflexíveis, altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco: os interesses inflexíveis são extremos em determinados objetos que devem estar ao seu alcance (peça de lego de uma cor específica, ou uma tampa de caneta).
- Hyper-ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente: apresenta resposta aumentada quando há

estímulo auditivo e visual, como em festas e recreio da escola, optando pelo isolamento.

- Estilo de Aprendizagem: em decorrência das observações realizadas acima, vale destacar que o paciente 2 realiza tarefas com organização, porém, o ambiente precisa de estrutura e apoios concretos, com a finalidade de evitar estereotípias e centralizar sua atenção. Desse modo, tem um padrão de habilidades, desarmônico, pois há defasagem em relação à idade cronológica, dificuldades em manter conversas e brincadeiras com outras crianças de sua idade, manifestadas pelo seu isolamento. Cognitivamente apresenta déficit em relação a algumas aprendizagens. Por fim, seu aprendizado acontece através de apoio visual e organização do ambiente para que compreenda o que deve realizar, assim, pode-se dizer que há diminuição na aprendizagem automática, que impede que novos conhecimentos ocorram sem que haja uma orientação clara e explícita.

Avaliação 2 : Avaliação de habilidades

Foram pesquisados elementos conceituais e metodológicos para definição dos direitos de aprendizagem e desenvolvimento do ciclo de alfabetização (1º, 2º e 3º anos) do ensino fundamental (2012), objetivos a serem alcançados por crianças de 7 anos, no ensino regular. Então, foram elaboradas algumas atividades de acordo com a idade cronológica da criança e observado se esta conseguiria realizar tais atividades sozinha (P), com ajuda (E) ou não responderia (R). As atividades foram:

1. Pintar desenhos com limite de espaço: (E), seu foco se deteve na cor amarela. Apresentou boa apreensão, respeitou alguns limites e pintou com interesse, porém usou de muita força.
2. Jogos com regras: trilha, memória: (E), demonstrou dificuldade em compreender regras e indicar a sua vez e do outro, mesmo com apoio concreto.

3. Encontrar diferenças: (R) apresentou interesse por personagens de desenhos animados e precisou de muita ajuda para encontrar as diferenças, mesmo essas aparecendo explicitamente.
4. Verbalizar experiências e sentimentos: (E), conta algumas experiências da escola e convívio em família, porém, com muitas lacunas, com a fala: “*Não qué i no recreio*”. Quando questionado sobre o porquê, repete a mesma frase. Ressalta-se a ênfase nos seus personagens preferidos e repetições de falas de programas de televisão, com as verbalizações: “*A Peppa vai toma banho!*”, “*A Peppa tem chulé!*” programa que assiste com a família.
5. Reconhecer letras: (P) reconheceu todas as letras do alfabeto, no formato de forma.
6. Associar números à quantidade: (E), associa os números até cinco, porém até o número dez, necessitou de auxílio.
7. Ideia de adição (R): não compreendeu a ideia de agrupar para somar.
8. Agrupar objetos e roupas: (E), precisou de apoio verbal e físico para agrupar.
9. Relata acontecimentos passados: (E), relata, quando estimulado, em poucas frases alguns fatos vivenciados. Como por exemplo, após sua mãe dizer “*conta onde tu foi hoje!*” Sua mãe insiste “*foi...*” O paciente diz: “*foi corta cabelo!*”

Avaliação 3: Observação de comunicação espontânea

Na área de comunicação espontânea, o paciente 2 usou predominantemente como forma de comunicação a verbalização e apresentou contato visual na maioria dos contextos observados.

- No contexto de trabalho: o paciente 2 usou a verbalização para pedir o

seu jogo preferido: “*Qué o jogo dos animais*”, em seguida gritou para pedir ajuda, pois não estava conseguindo montar um quebra-cabeça. Para rejeitar, quando perguntado se queria água, verbalizou: “*Não qué água*”, não fez nenhum movimento para chamar a atenção e para dividir experiência contou: “*Prof. Tá doente!*”.

- No contexto de brincadeira – casinha com bonecos e móveis de brinquedo: usou a verbalização e contato visual para pedir os bonecos para brincar, com a frase: “*qué boneco!*” para rejeitar a brincadeira de fazer comida, usou a seguinte frase: “*não qué comidinha*”, não fez nenhum movimento ou atitude para chamar a atenção. Para dividir experiências, contou rapidamente: “*foi na vó!*”.
- No contexto atividade em grupo: da mesma forma, verbalizou e fez contato visual para pedir legos: “*Qué lego.*”. Rejeitou o lego azul: “*não qué o azul*”. Não fez nenhum movimento para chamar a atenção e contou que fez um personagem de legos: “*fez a Dora*”.

Avaliação 4: avaliação de níveis de brincar

O protocolo de avaliação foi realizado em sua casa, na hora da terapia, em um momento de brincar livre. Observou-se que o paciente 2 se encontra no nível de reprodução de rotina (nível 4), isto é, reproduz brincadeiras vistas antes e cenas de filmes, pois reproduziu cenas do convívio em família e contextos já vivenciados na brincadeira, como por exemplo: leva o irmão ao banheiro. Dá comida para o nenê. Coloca o papai para fazer churrasco.

Avaliação 5 : avaliação níveis sociais

Foi observado, em uma situação de brincadeira de “fazendinha”, realizada na intervenção *TEACCH* com a terapeuta, que o paciente 2 demonstrou estar no nível de engajamento conjunto, pois construiu a cena de um cercado com animais de brinquedo, aceitou as falas do outro, dividiu os brinquedos e interagiu. Porém, permaneceu brincando por cinco minutos e foi preciso ser estimulado para interagir e

brincar novamente. O paciente, então, imitou as ações da terapeuta, como por exemplo: colocar o cavalo dentro do cercado, abrir e fechar o cercado, dar comida aos animais. Algumas vezes fez ações espontaneamente, apresentando risos calorosos. Também dirigiu frases à terapeuta, tais como: “*o cavalo quer comer.*” Olhou para terapeuta e disse: “*o cavalo vai dormir.*”

4.2.2.7 Fase 6: intervenção TEACCH – paciente 2

A intervenção foi realizada, duas vezes por semana, com duração de 90 minutos. O trabalho foi dividido em: 30 minutos. Trabalho independente, 30 minutos. Trabalho individual, 30 minutos. Brinquedo livre.

Toda a rotina foi organizada em um mural de fotos, de cima para baixo (foto do trabalho independente, foto do trabalho individual e foto do espaço do brinquedo livre).

O trabalho independente foi organizado a partir das habilidades que as crianças apresentam, tais como: montar quebra-cabeças, escrever o seu nome em linhas, relacionar o desenho à letra, número à quantidade até 10, seguir pontilhados, pintar/recortar/colar, etc.

O trabalho individual foi pautado em atividades que as crianças ainda não realizam sozinhas, ou seja, estão emergindo, como por exemplo: jogos com regras (bingo, jogo da memória), *script* de conversa, desenhar, relacionar número à quantidade até 20, atividade equivalente ao Pré B, computador, jogos no *Ipad*, etc.

O ambiente de brinquedo livre foi organizado em cenário de casinha, mercado, fazenda, engenheiro. A criança escolhe com o que deseja brincar.

O acompanhamento diário da criança foi realizado através do Protocolo de Observação Diário (APÊNDICE G).

4.2.2.8 Fase 7: Reavaliação realizadas no mês de outubro - Paciente 2

Avaliação 1: Planilha de características do Autismo

Área de Comunicação Social

- Problemas com reciprocidade sócio emocional: a abordagem social se

apresenta com o olhar e com pronunciados sociais como: oi, bom dia, de uma forma espontânea. A respeito da conversa recíproca, essa ocorre quando a criança deseja contar algo do seu convívio diário. Porém, troca algumas palavras e fatos. Para manter uma conversa, é necessário apoio visual e verbal com imagens de seu interesse. Sobre a partilha de interesses, verbaliza, de forma repetitiva, o que fez, ou ouviu, por exemplo, com a fala: *“Fui ver galinha na tia”. “O gatinho bateu o dente, saiu sangue”*.

- Problemas com comunicação não verbal para a interação social: foi verificado que continua apresentando bom contato visual, compreendendo gestos e algumas expressões; tais como: bravo, triste, pensativo, cansado, choro e feliz. Mantendo, também, sua expressão não verbal através de gestos de não, silêncio.
- Problemas de desenvolvimento e manutenção de relações sociais (em nível de desenvolvimento): ainda há uma defasagem nesta área, embora se aproxime das pessoas e procure outras crianças para brincar, o que não acontecia antes, muitas vezes, verbaliza ou faz algum movimento estranho, repetitivo e sem coerência. Como por exemplo, ao chegar perto de outra criança, diz: *“galinha pintadinha!”*. Em ambientes com muitos estímulos visuais e auditivos ainda tende a se isolar e brincar sozinho.
- Discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores, ou uso de objetos: continua reproduzindo falas de pessoas, propagandas de TV e filmes, sob a forma de ecolalia e estereotipia. Da mesma forma, apresentando apego incomum a objetos.
- Adesão a rotinas, padrões, padrões de comportamento ritualizados verbais ou não verbais, resistência excessiva a mudanças: ainda apresenta dificuldade em romper com rotinas já estabelecidas, por exemplo: realizar sempre as mesmas ações para determinada brincadeira.
- Interesses inflexíveis, altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco: os interesses inflexíveis continuam extremos em determinados objetos

que devem estar ao seu alcance, como por exemplo: peça de lego de uma cor específica.

- Hyper-ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente: vem apresentando melhora na resposta aumentada quando há estímulo auditivo e visual, como em festas e recreio da escola. Todavia, ainda tende a optar pelo isolamento.
- Estilo de aprendizagem: em relação às observações realizadas, é importante mencionar que o Paciente 2 precisa de organização, apoio visual e dicas extremamente aumentadas para realizar tarefas e responder socialmente com organização e entendimento, assim, evitando a ecolalia, desorganização comportamental e a falta de atenção. Ainda apresenta um padrão de habilidades desarmônico, havendo defasagem em relação à idade cronológica, dificuldades em manter conversas e brincadeiras com outras crianças de sua idade, manifestadas por palavras sem sentido e movimentos estereotipados. Cognitivamente apresenta prejuízos importantes em relação às aprendizagens. Concluindo, continua precisando de muito apoio visual, organização do ambiente e pistas concretas para compreender comunicação social, linguagem e generalizar aprendizagens, pois persistem os déficits na aprendizagem automática, impedindo que novos conhecimentos ocorram sem que haja estimulação e uma orientação clara e explícita.

Avaliação 2 : Avaliação de habilidades

Foram pesquisados elementos conceituais e metodológicos para definição dos direitos de aprendizagem e desenvolvimento do ciclo de alfabetização (1º, 2º e 3º anos) do ensino fundamental (2012), objetivos a serem alcançados por crianças de 7 anos, no ensino regular, então, foram elaboradas algumas atividades de acordo com a idade cronológica da criança e observado se a mesma conseguiria realizar sozinha (P), com ajuda (E) ou não responderia (R). As atividades foram:

1. Pintar desenhos com limite de espaço: (P), seu foco se deteve na cor vermelha, cor do vestido de seu personagem preferido no momento.

Apresentou boa apreensão, respeitou alguns limites e pintou com interesse.

2. Jogos com regras: trilha, memória, bingo (E), identificou quando é sua vez de jogar, quem venceu e quem perdeu, porém, em alguns momentos no decorrer do jogo, precisou de ajuda e apoio visual.
3. Encontrar diferenças: (E) precisou de ajuda para iniciar, mas em seguida conseguiu encontrar as diferenças sozinha.
4. Verbalizar experiências e sentimentos: (E), conta algumas experiências da escola e convívio em família, porém, tem dificuldade em associar pensamento e linguagem, uma vez que há troca de palavras e os fatos se misturam, como por exemplo: *“vai na escola estuda, tem macacos pulando no colchão.”*
5. Reconhecer letras: (P) reconheceu todas as letras do alfabeto e associou ao personagem.
6. Associar números à quantidade: (P), associou os números até 25, sem ajuda.
7. Ideia de adição: (E), agrupou objetos para somar, com apoio visual e ajuda física.
8. Agrupar objetos e roupas: (E) precisou de apoio verbal e físico para agrupar.
9. Relata acontecimentos passados: (E) relata com frases feitas o que fez, ou aconteceu, misturando os fatos e com algumas palavras fora do contexto e, algumas vezes, de forma repetitiva, mas, agora, espontaneamente. Contou inúmeras vezes: *“o gato Gilbert bateu o dente no vidro e saiu sangue!”*, sendo que o gato machucou a boca, mas não com vidro.

Avaliação 3: observação de comunicação espontânea

Na área de comunicação espontânea, o paciente 2 usou, como forma de comunicação, predominantemente a comunicação verbal e apresentou contato visual em todos os contextos observados.

- No contexto de trabalho; pediu *Ipad*, com a frase: *“trouxe Ipad, prof.?”*. Disse que não queria ir ao recreio da escola, ao lhe mostrar uma figura de recreio, verbalizou: *“eu não quero ir no recreio da escola”*. Para chamar a atenção da terapeuta, cantou uma música e olhou para terapeuta. Dividiu a experiência contando que sua vó faz tricô, com a seguinte frase: *“a vó faz tricô”*.
- No contexto de brincadeira-jogo do engenheiro: pediu os bonecos para brincar, com a frase: *“Eu quero os bonecos”*, não ocorreu situação de rejeição. Chamou a atenção da terapeuta derrubando as peças e a olhando para ver sua reação. Para dividir experiências contou: *“A mana veio!”*, se referindo à irmã que não mora na mesma casa e veio lhe visitar.
- Atividade em grupo: pediu o lego vermelho, com a seguinte fala: *“eu quero a peça vermelha”* a peça não foi encontrada, então, o paciente gritou, não soube pedir ajuda e questionar cadê? Onde? Vamos procurar? Disse para sua mãe que não queria brincar com o irmão, com a verbalização: *“não quero brincar com o mano”*. Não fez nenhum movimento para chamar a atenção. Contou que foi na avó, com a frase: *“fui na vó!”*.

Avaliação 4: avaliação de níveis de brincar

O protocolo de avaliação foi realizado na terapia em contextos organizados pela terapeuta. Observou-se que o paciente 2 continua no nível de reprodução de rotina (nível 4), pois ainda reproduz brincadeiras vistas antes, porém, ampliou seu leque de interesses, trazendo também contextos de cenas de filmes, nas seguintes

situações:

- Massinha de modelar e trator com formas para fazer tijolos. Hora de brincar na intervenção *TEACCH* com a terapeuta: reproduziu os movimentos que a terapeuta fez. Montou casinha, bonecos e tijolos. Colocou os personagens (mãe, pai, mano e mana) dentro da casa. Empurrou o trator, colocou os bonecos em cima do trator para leva-los até a casa, imitou as vozes dos personagens, porém, reproduziu uma cena de um filme que viu anteriormente.
- Legos. Hora de brincar na intervenção *TEACCH* com a terapeuta: fez os legos de macacos e pediu uma cama. Reproduziu um vídeo que viu na *internet* sobre macacos pulando no colchão. Usou as frases: “os macacos estão pulando no colchão”. “Nada de macacos pulando no colchão” risos.
- Legos. Hora de brincar na intervenção *TEACCH* com a terapeuta: reproduziu uma cena de um filme, do qual as crianças comemoravam o aniversário. Montou a cena com a mesa e os personagens ao redor da mesa (usou os legos para fazer os personagens) e cantou parabéns.

Avaliação 5 : avaliação dos níveis sociais

Observação de situação de jogo – bingo dos animais, com a terapeuta na intervenção *TEACCH*. Verificou-se que o paciente 2 ainda se encontra no nível de engajamento conjunto, necessitando de apoio visual, porém, compreendeu sua vez de jogar e quem foi o vencedor,

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As crianças com TEA, depois de avaliadas pela pesquisadora, foram supervisionadas por um profissional com experiência na área do autismo, profissional esse com Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e 25 anos de experiência no atendimento e consultoria sobre o autismo. Os dados foram analisados pela pesquisadora através de uma abordagem qualitativa e por meio de um conjunto de técnicas de análise das comunicações propostas por Bardin (2004).

Deste modo, Bardin (2004) considera três polos cronológicos para o desenvolvimento desta metodologia: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise, que tem início desde a elaboração do projeto, com a construção dos objetivos, hipóteses, até a determinação dos instrumentos de coleta de dados e preparação do material, foi realizada desde o início da pesquisa, com elaboração de todos os itens a serem analisados. Nesse caso, o diagnóstico do autismo, as áreas acometidas pelo autismo na criança, bem como a forma de aprendizagem da mesma, habilidades desenvolvidas, comunicação, níveis de brincar e níveis sociais.

Logo após, explora-se o material, que se trata da codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas, que permitem a descrição exata das características pertinentes ao conteúdo. Compreendendo o recorte, a escolha das unidades, a enumeração, a escolha das regras de contagem e a classificação: escolha das categorias, (BARDIN, 2004), o tratamento dos resultados e interpretações, última etapa, é a síntese e seleção dos resultados, bem como a interpretação para fins teóricos e pragmáticos (BARDIN, 2004). Através das categorias de análise que emergiram: cognição, brincar, sociabilidade e linguagem. Elencou-se os dados a seguir:

Categoria 1: perfil de características do TEA

Foi verificado na avaliação de outubro que não ocorreram mudanças significativas nas características do TEA em ambas as crianças, o que pode ser explicado pelo pouco tempo entre uma avaliação e outra e pela questão de que não

há cura. As particularidades do espectro acompanham o indivíduo por toda a vida, porém, os sintomas podem ser melhorados com a intervenção adequada (GEORGE, 2009). O que pode ser observado neste estudo, é que ocorreram alterações na forma como as características das crianças apareceram. Como, por exemplo, o paciente 1 continua usando enunciados verbais, porém, agora na ansiedade de contar algo, algumas vezes, esquece dessa formalidade. Ainda apresenta dificuldade em acompanhar o que o outro deseja, entretanto, atualmente, ao invés de relatar os seus assuntos preferidos, tenta convencer o outro de sua opinião. Por exemplo: perguntou para a terapeuta: *“Você gosta de cachorros?”* A terapeuta disse: *“não, eu tenho medo!”* Paciente: *“mas cachorros são bonzinhos, você não precisa ter medo! Você vai pedir um cachorro para a sua mãe”*. Dessa forma, apresenta *déficit* em representar assuntos do ponto de vista das outras pessoas e em se colocar no lugar desta, apresentando prejuízos em relação à teoria da mente, o que pode acarretar em um padrão desorganizado de comportamento (SCHWARTZMAN et.,al, 2014).

Em relação ao paciente 2, nota-se que as mudanças foram de forma menos significativas ainda, pois cada indivíduo tem características diferentes e o desenvolvimento de habilidades difere um do outro, visto que há muitos aspectos que influenciam, como, por exemplo: a cognição da pessoa com TEA, estímulos, intervenção (KLIN, 2006). Sobre os problemas com reciprocidade sócio emocional, a abordagem social se apresenta com o olhar e com pronunciados sociais como: oi, bom dia. Porém, algumas vezes, a verbalização acontece por meio de estimulação, ou a primeira frase que diz ao receber a terapeuta, é uma situação que deseja contar. Por exemplo: veio ao encontro da terapeuta com a seguinte frase: *“O choquito morreu”*, seu cachorro de estimação. A terapeuta diz: *“oi, bom dia!”*. O paciente responde: *“oi, bom dia!”*. Terapeuta: *“Quando o choquito morreu?”*. Sem resposta. Já em outubro, os enunciados sociais apareceram de forma espontânea.

A respeito da conversa recíproca, essa ocorre quando deseja contar algo do seu convívio diário, entretanto, é muito restrita, pois em seguida diz palavras desconexas ou responde aos questionamentos de forma estereotipada ou repetitiva (falas de filmes, de pessoas), há dificuldade em manter a conversa. Transcrição da fala: *“fui na vó, eu quero é 12, 12!”*. Misturou o fato com uma música que havia escutado. Terapeuta: *“O que você fez na vó?”*. Paciente: *“Eu vi o tio”* e vocalizou

algo que não foi possível compreender. Foi observado, em outubro, que para manter uma conversa é necessário apoio visual e verbal com imagens de seu interesse.

Sobre a partilha de interesses, essa acontece sob a forma de pedidos, por exemplo, jogo e personagens preferidos, com a fala: *“eu quero os animais”*, se referindo ao bingo dos animais. Na última avaliação, foi percebido que verbaliza, de forma repetitiva, o que fez, ou ouviu, por exemplo, com a fala: *“Fui ver galinha na tia”*. *“O gatinho bateu o dente, saiu sangue.”*

A respeito dos problemas com comunicação não verbal para a interação social, o paciente 1 ainda apresenta bom contato visual e linguagem corporal. Da mesma forma, compreende gestos e expressões, embora a sua expressão não verbal seja predominante na reprodução de cenas de filmes e personagens, atualmente é através de imitações de pessoas de seu ambiente também. O paciente 2, da mesma forma, manteve o bom contato visual, a compreensão de gestos e algumas expressões; tais como: bravo, triste, pensativo e feliz. A expressão não verbal ainda aparece através de gestos de não, silêncio. Ações vivenciadas ou aprendidas antes.

Os problemas de desenvolvimento e manutenção de relações sociais (em nível de desenvolvimento), no paciente 1 são manifestados com comportamentos, tais como: dificuldade em permanecer e acompanhar a dinâmica de brincadeiras, a frustração em perder jogos ou não se enquadrarem da forma que gostaria. Atualmente, consegue se relacionar e fazer amigos, porém, ainda apresenta uma defasagem nesta área, se relacionando com crianças em idade cronológica menor, como a fala de sua mãe: *“Percebemos que tem mais facilidade de relacionar-se com crianças com menos idade”*. É importante mencionar que as crianças com TEA apresentam esse tipo de característica e esse contato social é prejudicado, não porque não tenham interesse, mas porque não sabem e não aprenderam a interagir e manter vínculos (SILVA, 2012).

Pode-se citar o exemplo do paciente 2, que ainda há uma defasagem nessa área, embora se aproxime das pessoas e procure outras crianças para brincar, o que não acontecia antes, pois tendia a se isolar e brincar sozinho. Agora, muitas vezes, verbaliza ou faz algum movimento estranho, repetitivo e sem coerência. Como, por exemplo, ao chegar perto de outra criança, diz: *“galinha pintadinha!”*. Em ambientes com muitos estímulos visuais e auditivos ainda tende a se isolar e brincar sozinho. É possível notar uma leve melhora na questão de manutenção das relações

sociais em ambos os pacientes, porém, esse aspecto precisa ser melhor trabalhado, visto o pouco tempo de pesquisa e intervenção.

O discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores, ou uso de objetos, no paciente 1 ainda é marcado pela reprodução de fala de personagens de filmes que antes apareciam sob a forma de ecolalia. Hoje, ocorrem principalmente em contextos de brincadeiras ou em relatos de fatos. Já o paciente 2, continua reproduzindo falas de pessoas, propagandas de TV e filmes, também sob a forma de ecolalia, sobre isso, é possível dizer que são palavras ou frases que as crianças com TEA oralizam, sem a intenção de se comunicar, por exemplo, o paciente 2 diz: *“Peppa vai tomar banho”*, fala estereotipada da mãe da Peppa, no desenho Peppa Pig. As ecolalias podem ser imediatas: repetem as expressões que acabaram de ouvir e tardias: repetem frases e ou palavras que ouviram antes, que estão na memória como a frase exemplificada do paciente 2 (SILVA, 2012).

O paciente 1 ainda tende a reproduzir rotinas conhecidas, apresentando leve dificuldade quando são modificadas. Os interesses inflexíveis, altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, são extremos por princesas e fadas a tal ponto que essa temática predominava em suas interações e brincadeiras. Contudo, vem conseguindo expandir aos poucos seu leque de temáticas. Apresenta resposta aumentada quando há muito estímulo visual e auditivo, como em festas e parques, com maior dificuldade em ambientes diferentes, quando o tempo de permanência extrapola o seu limite.

O paciente 2 ainda apresenta dificuldade em romper com rotinas já estabelecidas, por exemplo: realizar sempre as mesmas ações para determinada brincadeira, a professora deve sempre fazer um desenho para pintar no início da aula na escola. Os interesses inflexíveis continuam extremos em determinados objetos que devem estar ao seu alcance, como, por exemplo: peça de lego de uma cor específica. Apresentando, assim, apego incomum a objetos. Vem apresentando melhora na resposta aumentada quando há estímulo auditivo e visual, como em festas e recreio da escola.

O paciente 1 possui dificuldades em tomar a perspectiva do outro, o que acarreta, muitas vezes, num padrão desorganizado, no qual insiste em fazer as tarefas apenas à sua maneira. De um modo em geral, apresenta um padrão harmônico de habilidades, embora com certa defasagem em relação à idade cronológica. Já o paciente 2, apresenta um padrão de habilidades desarmônico, pois

há defasagem em relação à idade cronológica, dificuldades em manter conversas e brincadeiras com outras crianças de sua idade, manifestadas, algumas vezes, pelo seu isolamento, por palavras sem sentido e movimentos estereotipados. Cognitivamente apresenta *déficit* em relação a algumas aprendizagens.

Concluindo, muitos dos prejuízos cognitivos associados às dificuldades de comportamento e de linguagem interferem na adaptação escolar, social e familiar. Portanto, vale a pena mencionar que ambos os pacientes necessitam de regras explícitas, apoio visual e estrutura no ambiente e no trabalho que devem desempenhar para compreender e responder aos ensinamentos. Caso não exista essa estrutura, apresentam comprometimento em manter a atenção e generalizar os aprendizados. Isto é, há uma diminuição importante na capacidade de aprendizagem automática que impede que novos conhecimentos ocorram sem que haja uma orientação clara e explícita (SCHWARTZMAN et.,al 2014).

CATEGORIA 2: COGNIÇÃO

Quanto ao desenvolvimento das crianças, verificou-se na avaliação em abril, que ambas apresentaram um padrão de habilidades e comunicação desarmônicos da idade de desenvolvimento em relação à idade cronológica, bem como defasagem cognitiva e dificuldades em manter conversas e brincadeiras com outras crianças da mesma idade.

A cognição é um processo mental que envolve a atenção, a memória, a linguagem, a imaginação, o pensamento, processos perceptivos, simbólicos e conceituais, que nos permitem formar conceitos, resolver problemas, raciocinar, expressar pensamentos, de maior ou de menor complexidade, e criar, entre outras habilidades. É um sistema complexo de componentes (FONSECA, 2008).

Foi observado nos participantes, que há discrepâncias nas capacidades cognitivas. Apresentam dificuldades em generalizar conhecimentos e diminuição na aprendizagem automática. Pode-se dizer que há uma rigidez cognitiva. Esse estilo cognitivo reflete na maneira em como ensiná-los. Não se pode esquecer, também, que a maioria das pessoas com TEA pensam de maneira visual (GRANDIN, 1995).

O paciente 1 demonstrou na primeira avaliação, em abril, estar muito próximo de sua idade de desenvolvimento e cronológica, pois em todas as

habilidades/tarefas descritas apresentou estar emergindo (E) ou conseguiu realizar sem ajuda (P). Apenas na ideia de adição não demonstrou entender (R). Já o paciente 2, reconhece todas as letras do alfabeto, porém, em 6 atividades apresentou estar em desenvolvimento e em duas não conseguiu realizar.

Após as observações elencadas acima, a intervenção foi planejada de acordo com o desenvolvimento das crianças e em como elas aprendem. Outrossim, reafirmam-se os dados observados durante esta pesquisa, pois na reavaliação, em outubro, após seis meses de intervenção *TEACCH*, foi observado que ambas as crianças demonstraram aproveitamento, pois evoluíram em seu desenvolvimento.

Observa-se no quadro do apêndice H, que o paciente 1, na reavaliação de outubro, conseguiu realizar todas as atividades propostas sem ajuda, demonstrando um ótimo aproveitamento do ensino e aprendizagem nessa perspectiva e de acordo com o seu ritmo e tempo. Ressalta-se que as habilidades que estavam emergindo passaram a ser realizadas sem estímulo verbal ou ajuda física, por exemplo: os jogos, uma vez que agora compreende todas as regras; a verbalização de experiências e sentimentos, pois relatou um fato de forma clara, expressiva e de maneira espontânea, não sendo necessário estímulo para se fazer entendido pelo outro; reconheceu todas as letras do alfabeto e relacionou seus personagens preferidos com a letra inicial; o entendimento da ideia de agrupar para somar, que antes não compreendia; montou grupos de diferentes objetos; o relato de um acontecimento passado com bom vocabulário e clareza.

Percebe-se no apêndice I, que o paciente 2, em outubro, não reprovou em nenhuma situação na avaliação e conseguiu melhor aproveitamento em quatro atividades em relação ao mês de abril, demonstrando estar evoluindo em suas aprendizagens, mesmo que um pouco mais vagaroso em relação ao paciente 1. Cabe ressaltar que cada criança típica ou atípica apresenta particularidades diferentes (KLIN, 2006). O intuito da intervenção *TEACCH* é preservar as individualidades e trabalhar com as potencialidades e habilidades de cada um (FONSECA, CIOLA, 2014). Vale a pena mencionar as habilidades que o paciente 2 evoluiu, tais como: a pintura, que melhorou a preensão. Encontra diferenças, visto que só conseguiu realizar com ajuda; associou os números à quantidade até 25, antes associava somente até o 5. Nota-se, nesse aspecto, uma grande melhora; agrupou objetos para somar com ajuda.

Ambos os pacientes apresentaram melhora em seu desenvolvimento

cognitivo corroborando com um estudo de programa baseado em intervenção domiciliar, com um ano de duração, que resultou em melhoria sustentada no desenvolvimento cognitivo e comportamento, como também na redução do estresse nas famílias, reforçando a importância da participação das famílias no processo terapêutico (RICKARDS et.,al, 2009).

CATEGORIA 3: BRINCAR

O brincar pode ser construído quando a criança começa a experimentar situações que não pode realizar. Então, a criança se envolve em um mundo fantasioso, onde suas vontades podem ser realizadas no momento em que quiser (VYGOTSKY, 1998). O Brincar é uma ação lúdica, que pode estar associado a brinquedos ou não, assim, é possível usar infinitos recursos, tais como: corpo, brinquedos, jogos, música. As brincadeiras que emergem estão associadas aos atos espontâneos que resultam em um contexto não estruturado (FRIEDMANN, 2012).

A brincadeira pode ser considerada um fenômeno universal na infância, pois é uma das características desta fase. De fato, a observação cotidiana de crianças revela que elas normalmente transformam quase toda atividade em brincadeira. Entretanto, entre crianças com TEA, a brincadeira emerge de uma forma diferente, pois apresentam dificuldades específicas (BICHARA; FIAES, 2009). O brincar dessas crianças é marcado pela atividade repetitiva, não apresentando simbolização. Alguns autores descrevem as brincadeiras nesses sujeitos como simples, estereotipadas e sem a complexidade e diversidade que aparecem nas atividades de faz-de-conta das crianças com desenvolvimento típico (STANLEY, KONSTANTAREAS 2007; RAMOS-SOUZA, 2013).

Ao observar as crianças investigadas nesse estudo, foi possível constatar que tanto o participante 1, quanto o participante 2 se encontravam no nível de reprodução de rotina, pois ambos repetem alguma brincadeira ou atividade que realizaram antes. O participante 2 reproduzia o que vivencia em casa, ou alguma brincadeira. O participante 1 montava cenas de filmes e repetia as falas dos personagens de sua preferência. As crianças avaliadas estavam em um nível anterior ao brincar simbólico.

O brincar simbólico pobre ou a não ocorrência deste pode ser explicada pela dificuldade em relação à Teoria da Mente em crianças com TEA, pois sofrem atrasos

no desenvolvimento do pensamento simbólico. Deste modo, alguns estudos têm demonstrado que as crianças com TEA têm menor frequência dessas brincadeiras (BLAC, et. al., 2005; TAMANAHA, et. al., 2006; ZHEN; BLACKWELL; COULOURIS, 2015).

Por outro lado, as crianças com TEA melhoram suas habilidades de brincar, com a incorporação de seus interesses na brincadeira. O que significa avanço das capacidades de interações sociais positivas e diminuição do comportamento inadequado como efeitos colaterais (JUNG; SAINATO, 2013). Na intervenção *TEACCH*, sempre se leva em consideração os interesses das crianças (FONSECA, LEON, 2013). Nos momentos de brincadeiras foram amplamente incorporados esses aspectos, o paciente 1 com reprodução de cenários de princesas e contos de fadas. O paciente 2, da mesma forma, com os seus personagens preferidos, que alternam de brincadeiras de Peppa Pig até galinhas.

Todavia, as meninas com TEA demonstraram, em um estudo, que brincam e se interessam por brinquedos de faz de conta típicos de seu gênero, significativamente mais do que os meninos, sugerindo que a brincadeira simbólica está mais preservada nelas do que neles (.KNICKMEYER; WHEELWRIGHT; BARON-COHEN, 2008). Corroborando com a afirmação dos autores citados, por ser do gênero feminino, foi possível constatar, através do diário de campo, que o paciente demonstrou-se muito interessado e entusiasmado no momento de brincar, com o passar do tempo foi ampliando seu leque de interesses por cenários de brincadeiras, desde a “Polly vai ao shopping”, cozinhar, “chá com as amigas”, “dentista até mercado”. Se interessa muito por atividades relacionadas ao seu sexo (feminino).

Em outubro, na reavaliação do protocolo de brincar, foi observado que o paciente 1 avançou para o nível simbólico, visto que em uma brincadeira conseguiu elaborar as falas dos personagens e utilizou diferentes recursos para representar o que gostaria de usar, por exemplo: colocou uma boneca embaixo do tapete para simbolizar um enterro. Da mesma forma, usou um pedaço de papel para fazer de vassoura para varrer, sem a interferência de um adulto. Apresentando um ótimo aproveitamento dos conceitos amplamente trabalhados na intervenção *TEACCH*.

Já o paciente 2, ainda permanece no nível reprodução de rotina, porém, está ampliando o seu leque de brincadeiras, usando outros exemplos e contextos

para reproduzir o que viu ou brincou, por exemplo: brincar, festa de aniversário, macacos pulando no colchão, construir casas, fazer comida.

CATEGORIA 4: SOCIABILIDADE

Competência social é definida como as habilidades que as crianças apresentam ao desenvolver relações positivas com adultos e outras crianças (HART et., al, 1997). O ser humano, por ser essencialmente sociável, convive e pertence a múltiplos grupos, relacionando-se com pessoas diferentes a todo o momento. Através dessa socialização, são transmitidas as regras sociais e, assim, são aprendidas as maneiras adequadas de comunicar-se, aprender e de desenvolver-se (SCHWARTZMAN et.,al, 2014). O repertório de um indivíduo de comportamentos sociais favorece um relacionamento produtivo e saudável com as demais pessoas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

A aprendizagem das habilidades sociais na infância ocorre, principalmente, por meio de observação, modelação, instrução ou consequenciação. O que foi observado nas crianças deste estudo é que as mesmas estão no nível de engajamento conjunto, isso significa que conseguem montar uma cena de brincadeira, aceitar a presença e a fala do outro, dividem os brinquedos e interagem mesmo que de uma forma limitada. O paciente 1 ainda solicitou a presença da terapeuta para participar da brincadeira, com a fala: *“você quer brincar?”*. Todavia, interagiu de forma limitada, pois em seguida voltou-se para o seu centro de interesse, respondendo somente quando solicitado.

O paciente 2 construiu a cena de um cercado com animais de brinquedo, permaneceu brincando por cinco minutos e foi preciso ser estimulado para interagir e brincar novamente. Então, imitou as ações da terapeuta, como por exemplo: colocar o cavalo dentro do cercado, abrir e fechar o cercado, dar comida aos animais. Algumas vezes fez ações espontaneamente, apresentando risos calorosos. Também dirigiu frases à terapeuta, tais como: *“o cavalo quer comer.”* Olhou para terapeuta e disse: *“o cavalo vai dormir”*. Dessa forma, para interagir efetivamente com as pessoas, é preciso desenvolver a capacidade de dividir os ambientes com os outros de maneira apropriada, adaptar-se aos contextos e interpretar pensamentos e desejos dos outros (SCHWARTZMAN et.,al, 2014).

Del Prette e Del Prettre (2005) ainda sugerem sete classes de habilidades sociais entendidas como essenciais para o desenvolvimento interpessoal da criança. Essas classes suportam certa sobreposição em seus componentes, bem como uma relação complementar entre si. Serão feitas relações, entre o essencial para o desenvolvimento social das crianças e o que está sendo observado. São elas:

- **Autocontrole e expressividade emocional:** reconhecer e nomear as emoções, controlar a ansiedade, falar sobre emoções, tolerar frustrações, expressar sentimentos positivos e negativos; Embora o paciente 1 reconheça, nomeie e fale sobre emoções, expresse sentimentos positivos e negativos, apresentou frustração quando não ganhou em um determinado jogo, ou quando as atividades não foram da maneira como gostaria e apresentou dificuldade em controlar a ansiedade, pois, nesse momento, chorou muito e precisou de ajuda para se organizar. Já o paciente 2 consegue identificar algumas emoções, porém, ainda não fala sobre emoções e sentimentos positivos e negativos e não controla a ansiedade, marcado pela impaciência quando perde algum objeto, pois apresenta-se extremamente irritado.
- **Civilidade:** saudar pessoas, despedir-se, usar expressões como: por favor, obrigado, desculpe e com licença, elogiar, seguir regras, fazer perguntas, chamar as pessoas pelo nome. A abordagem social do paciente 1 se caracteriza pelo olhar, sorriso e enunciados sociais verbais, como: oi, como vai você? Entretanto, algumas vezes, aparece de forma repetitiva. Faz elogios e os aceita muito bem, faz perguntas e chama as pessoas pelo nome, porém, tem dificuldade em seguir regras quando essas não fazem parte de sua rotina. Já o paciente 2 usa pronunciados sociais como: oi, bom dia. Porém, algumas vezes, a verbalização acontece por meio de estimulação, ou a primeira frase que diz, ao receber a terapeuta, é uma situação que deseja contar.
- **Empatia e assertividades:** observar, prestar atenção, ouvir e demonstrar interesse aos outros, inferir sentimentos, demonstrar respeito às diferenças, compreender, oferecer ajuda e partilhar; demonstrar sentimentos negativos (raiva e desagrado), falar sobre as próprias qualidades e defeitos, concordar ou discordar de opiniões, fazer e recusar pedidos, lidar com críticas e

gozações, pedir mudança de comportamento, negociar interesses e defender os próprios direitos. Foi observado que ambos os pacientes partilham somente o que é de seu interesse, verbalizam pedidos e recusas, porém todos os outros aspectos elencados não demonstraram qualquer reação.

- **Fazer amizades:** fazer perguntas pessoais, sugerir atividades, apresentar-se, elogiar, oferecer ajuda, cooperar, iniciar e manter conversação. Os pais do Paciente 1, quando questionados se o seu/a filho (a) consegue se relacionar e fazer amigos? O que você observa em relação a isso? Responderam: *“Sim, consegue, mesmo que em certas vezes atropela e assusta as crianças, mas faz muitas amizades sim. Ela procura outras crianças para brincar. A dificuldade está em manter uma brincadeira mais complexa”*. Já os pais do paciente 2, quando questionados sobre a mesma questão, responderam: *“Sim, de uma maneira ainda tímida, por exemplo, ele demonstra interesse em saber quem são as pessoas à sua volta, mas ainda não brinca com outras crianças. Ele se relaciona com quem tem mais vínculo, como o irmão ou coleguinhas da escola, mas ainda é uma aproximação bem superficial. Melhorou bastante a socialização.”*
- **Solução de problemas interpessoais:** acalmar-se diante de uma situação problema, pensar antes de tomar decisões, reconhecer e nomear diferentes tipos de problemas, avaliar possíveis alternativas de solução e o processo de tomada de decisão. Percebe-se, nas crianças com TEA, uma grande dificuldade em relação a esse aspecto (CONSENZA, GUERRA, 2011), como também não foi possível observar, visto a idade e o desenvolvimento de maturação dos pacientes.
- **Habilidades sociais acadêmicas:** argumentar e cooperar em discussões, seguir instruções orais, prestar atenção, esperar a sua vez, oferecer, solicitar e agradecer ajudas. Observou-se que o paciente 2 está em processo de aprendizagem nas questões: esperar sua vez e solicitar ajuda, pelo que foi avaliado. O restante dos objetivos ainda não consegue acompanhar. Já o paciente 2, segue instruções orais desde que haja apoio visual, solicita ajuda quando precisa e apresenta dificuldade em focar a sua atenção, segundo relato de sua professora: *“A aluna apresenta algumas dificuldades no quesito concentração e percepção ficando as vezes dispersa sendo necessário muitas vezes chamar sua atenção para realizar a atividade”*.

Nota-se nas entrevistas e observações um atraso significativo nas crianças investigadas no comportamento social, que nas crianças com TEA parece decorrer, principalmente, do comprometimento na ausência de compreensão acerca do que se quer dela (BOSA, 2002). Diante desses fatos, é razoavelmente coerente pensar que crianças com TEA apresentam progressos distintos de crianças com desenvolvimento típico. Embora esse público apresente dificuldades nas habilidades sociais, os programas de intervenção precoce podem produzir ganhos significativos e mesmo duradouros. (GADIA, TUCHMAN E ROTTA, 2004).

No entanto, é muito importante que a interação não se limite apenas às pessoas significativas: pais e familiares, que também são a essência para o desenvolvimento social das crianças, mas também entre os pares, o que se torna essencial para o desenvolvimento saudável, onde se desenvolvem formas específicas de cooperação, competição e intimidade (MATHIESON; BANERJEE, 2010). As crianças investigadas frequentam o ensino regular e mantêm contato direto com seus pares, o que auxilia o seu desenvolvimento social. Deste modo, a inclusão escolar possibilitou o contato direto com crianças da mesma faixa etária, fornecendo modelos de interação e evitando o isolamento contínuo, auxiliando não só o desenvolvimento desse público, mas também o de outras crianças que podem aprender com as diferenças (CAMARGO; BOSA, 2012).

As professoras colocaram que o paciente 1 *“Consegue interagir muito bem com colegas e professores participa das atividades físicas, brincadeiras, sua interação no ambiente escolar é satisfatória. Quando convidada e estimulada se relaciona com os colegas, demonstrando prazer.”* O paciente 2 *“Não ia ao encontro dos colegas, mas quando os colegas se aproximavam dele ficava observando-os e demonstrando carinho por eles. Precisa de ajuda para que faça parte, ou seja, para interagir, entender o momento de continuar, parar e de trocar.”* Muitas vezes, a deficiência de respostas das crianças autistas deve-se mais à dificuldade de compreensão do que está sendo exigido dela, ao invés de uma atitude de isolamento e recusa proposital, é importante avaliar e investir na sua potencialidade para interagir (BOSA, 2002).

Desse modo, é possível notar a variação dos sintomas do autismo. Há crianças com funcionamento cognitivo mais baixo e que normalmente tendem a ser mudas e isoladas. Outras podem aceitar passivamente a interação, mas raramente a procura, já com o funcionamento mais alto é possível que a criança se interesse pela

interação, mas o faz de modo bizarro (KLIN, 2006). O que ilustra e corrobora com o relato das professoras relacionadas no parágrafo anterior e dos pais do paciente 1, em relação a fazer amigos *“Sim, consegue, mesmo que em certas vezes atropela e assusta as crianças, mas faz muitas amizades sim.”* Para auxiliar nesse processo, reuniões foram realizadas para esclarecer dúvidas e proporcionar momentos de reflexão, atitudes e ou materiais para desenvolver as competências sociais, tais como: o apoio visual para o entendimento de regras, organização do ambiente, jogos para buscar a interação com as outras crianças, postura do profissional diante das situações corriqueiras que podem acontecer durante o período escolar.

Embora a aprendizagem de habilidades sociais se dê continuamente durante toda vida, permitindo, assim, que possíveis *déficits* sejam superados, mesmo que dependam das características individuais de cada indivíduo (DEL PRETTE E DEL PRETTE, 2005). É importante o estímulo natural da interação social às crianças com TEA, da oportunidade de poder conviver em espaços que permitam o desenvolvimento dessas interações. Deste modo, a escola é um fator importante para esse estudo, pois possibilitou a ampliação do repertório de habilidades sociais e de aceitação pelos pares. Evitando isolamento constante (SANINI; SIFUENTES, BOSA, 2013). Em concordância, após seis meses de intervenção e orientação aos professores na escola, foi verificado, na entrevista de outubro, que o paciente 2, segundo fala de sua mãe: *“Se socializa melhor. Além disso, começou a procurar outras crianças para brincar.”* E de sua professora auxiliar: *“...O aluno está mais participativo nas atividades em grupo, consegue interagir nas brincadeiras está se adaptando ao recreio não ficando isolado como o de costume, conseguindo assim um bom relacionamento com os colegas”*. Já o paciente 1, em outubro, conseguiu interagir e participar das atividades em grupo, segundo fala da professora auxiliar: *“consegue interagir com colegas e professores participando das atividades e brincadeiras propostas”*.

Em relação às regras de brincadeiras e dicas sociais, os pais do paciente 2 responderam: mãe: *“ainda entende poucas regras e jogos.”* Pai: *“Não entende. Só se for uma brincadeira simples e se explicar de forma objetiva”*. Corroborando com as falas dos pais, na reavaliação de níveis sociais foi observada uma situação de jogo: bingo dos animais, com a terapeuta na intervenção TEACCH. Essa situação apontou que o paciente ainda se encontra no nível de engajamento conjunto, porém, agora, compreendeu sua vez de jogar e quem é o vencedor, com a ajuda do apoio

visual. Da mesma forma, aceitou a presença do outro, interagiu, olhou no olho da terapeuta e conversou. Segue a transcrição de algumas falas durante o jogo:

Terapeuta: *“Vamos jogar o bingo dos animais?”*

Paciente: *“Sim, vamos!”*

Terapeuta: *“Você começa!”* (entregou o pacote com as peças que deverão completar uma tabela)

Paciente: *“Minha vez. Eu tirei o porco”* (olhou para sua tabela para verificar se tinha um porco, como não havia, colocou a peça ao lado – local indicado).

Terapeuta: *“você tem porco?”*

Paciente: *“Não.”*

Terapeuta: *“Eu também não tenho. Minha vez. Olha! Eu tirei um elefante, você tem um elefante?”*

Paciente: *“Sim.”*

Terapeuta: *“Olha para a sua tabela, tem elefante aqui?”*

Paciente: *“Eu não tenho elefante!”* (olhando para a tabela a fim de verificar).

Terapeuta: *“Eu tenho”*

Paciente: *“É tua vez prof.!”*

Terapeuta: *“não, é você (aponta para o apoio visual: foto do paciente) diz...Minha vez!”*

Paciente: *“Minha vez”.*

Percebe-se que o paciente entende a essência do jogo, porém, se perde na troca dos pronomes possessivos e na sequência das regras, entretanto, ao mostrar concretamente e visualmente o que deve observar e/ou fazer, consegue entender e dar continuidade ao jogo. Da mesma forma, construiu um diálogo com a terapeuta.

A reavaliação do paciente 1 foi através da observação de uma situação de jogo: bingo das letras, com a terapeuta na intervenção *TEACCH*, foi possível constatar que o paciente passou do nível de engajamento conjunto, para o nível de jogos com regras, pois compreendeu todas as regras do jogo: vez de jogar, como colocar as peças, o que fazer, percebe o vencedor e o perdedor. Todavia, tende a mascarar a derrota quando verifica que perdeu o jogo, com as falas: *“as duas ganharam”* e *“ninguém ganhou”*. Pode-se dizer que o que está prejudicada é a habilidade de lidar com essa frustração. Portanto, apresentou melhora em seu nível social, observando as falas dos pais e pela avaliação realizada.

CATEGORIA 5: LINGUAGEM

A linguagem pode ser considerada como um conjunto de sinais e códigos usados por um interlocutor e um receptor, a fim de um melhor entendimento e de uma comunicação mais efetiva (TUCHMAN, 2009), que pode ser através de expressões, gestos, vocalização sem conteúdo linguístico, ou verbal (BOONE; PLANTE, 1998). Portanto, compreende competências verbais literais e competências não verbais: a comunicação verbal é relacionada com a compreensão das palavras ou frases, a qual agrega competências da linguagem verbal receptiva e linguagem verbal expressiva. A primeira é capacidade de entender palavras, frases, ideias, tanto verbais quanto escritas, a segunda é a aptidão em expressar o pensamento através de palavras (KUTSCHER, 2011). Sendo assim, a fala é uma exteriorização da linguagem (LIMA, 2012).

Os indivíduos com TEA podem manifestar várias perturbações da fala: entoação, volume, ritmo, fluência verbal e o recurso à ecolalia e estereotípias verbais, ou mesmo a inexistência, quase total, de comunicação verbal. No entanto, a comunicação não verbal, por sua vez, é relacionada ao uso de expressões faciais, da linguagem corporal, do tom e ritmo da voz, sem recorrer às palavras para se comunicar. Quanto à essa forma de comunicação, os indivíduos com TEA geralmente não recorrem aos gestos durante o discurso, utilizando de forma incorreta expressões faciais e posturas corporais, evitando, ainda, o contato visual (KUTSCHER, 2011).

Na área da comunicação espontânea, ambas as crianças observadas usaram a verbalização para pedir, rejeitar e dividir experiências. O paciente 1 conta e se expressa oralmente com detalhes, segundo fala de sua mãe *“ainda há um déficit, para a idade, mas entende ordens simples ou sentenças não tão complexas”*. Segundo a avaliação realizada em abril, usou-se como forma de comunicação a verbalização e apresentou contato visual em todos os contextos observados. Percebeu-se que a linguagem, algumas vezes, aparece de uma forma confusa entre o pensamento e a fala como, por exemplo, no contexto de atividade em grupo, pediu papel e lápis para desenhar. *“Quero caneta. ops... Lápis e papel”* e disse que não queria desenhar no caderno com a fala: *“não quero desenha nesse caderno”*. Terapeuta disse: *“por quê?”* paciente diz: *“porque não”*. Não soube responder o

porquê não queria desenhar, então, usou uma resposta pronta e sem significado: porque não.

Já o paciente 2 usa poucas palavras para expor o que deseja, segundo fala de sua professora *“Fala pouco mesmo quando questionado sobre algo”* e sua mãe *“Ele fala, expressa sentimentos básicos, pede algo quando necessita, possui muita ecolalia, às vezes dentro do contexto social e outras vezes fora”*. Segundo avaliação em abril, no contexto de trabalho: usou a verbalização para pedir o seu jogo preferido: *“Qué o jogo dos animais”*, em seguida gritou, pois queria pedir ajuda e não estava conseguindo montar um quebra-cabeça. Não conseguindo expressar: ajuda. Para rejeitar, quando perguntado se querida água, verbalizou: *“Não qué água!”*. Para dividir experiência contou: *“Prof. Tá doente!”*. No contexto de brincadeira de casinha com bonecos e móveis de brinquedo: usou a verbalização e contato visual para pedir os bonecos para brincar, com a frase: *“qué boneco!”* para rejeitar a brincadeira de fazer comida, usou a seguinte frase: *“não qué comidinha”*. Para dividir experiências contou rapidamente: *“foi na vó!”* No contexto atividade em grupo: da mesma forma verbalizou e fez contato visual para pedir legos: *“Qué lego.”*. Rejeitou o lego azul: *“não qué o azul.”* Contou que fez um personagem de legos: *“fez a Dora!”*. Percebe-se uma fala imatura, não usando os pronomes pessoais e utilizando frases curtas.

Portanto, nota-se que as crianças apresentam um *déficit* em relação à linguagem, pois é um processo evolutivo do indivíduo e está vinculada aos aspectos de desenvolvimento: neurológico, da inteligência, da afetividade, da motricidade e da socialização (ALVES, 2009). Ambas apresentam dificuldades em relação a esse amadurecimento.

Para auxiliar e favorecer o desenvolvimento da linguagem nas crianças foram amplamente usados os recursos visuais como sequências de pictogramas, fotos ou objetos concretos, pois a comunicação é um sistema simbólico que se constitui na compreensão interiorizada da experiência, pelo qual o corpo e os gestos vão atribuindo significado às ações e aos objetos. Pela *“ação no mundo”* a criança vai incorporando significados que irão possibilitar a progressiva apropriação das palavras ou outro sistema de comunicação (LEON; OSÓRIO, 2011). Observa-se ainda, que quando a intervenção se estende ao contexto familiar e escolar, por meio de orientação do terapeuta e engajamento dos pais e professores na criação de situações comunicativas em que as crianças com TEA podem participar, o processo evolutivo apresenta maior velocidade e extensão (TAMANAH, CHIARI,

PERISSINOTO, 2015; GREEN et., al. 2010).

Além dos recursos usados na intervenção, os pais e os professores foram orientados quanto ao engajamento das crianças em atividades, em que poderiam estimular a linguagem dessas. Outrossim, após seis meses de intervenção nota-se que o paciente 1 apresentou melhora em sua comunicação, segundo fala de seus pais *“Atualmente é bastante rica, com algumas limitações no entendimento, em alguns momentos. Muito Boa, boa articulação das palavras, forma frases adequadas a situação, brinca com palavras, entende quando brincamos. Realiza perguntas pertinentes e respostas adequadas”*. Como também foi observado que conseguiu relatar fatos que ocorreram em outros lugares, com riqueza de detalhes e ainda expressar os seus sentimentos espontaneamente, embora ainda precise de ajuda, algumas vezes, para organizar a fala e o pensamento.

Como foi verificado na reavaliação de outubro: no contexto de trabalho; pediu para ir ao banheiro com a frase: *“preciso ir ao banheiro”*. Disse que não sabia montar o quebra-cabeça, pois não queria montar, rejeitando a atividade. Para chamar a atenção da terapeuta apertou-lhe o nariz e disse: *“te peguei”*. Dividiu a experiência verbalizando que foi ao dentista e ele disse para abrir a boca. Transcrição da fala: *“Fui no dentista e ele me disse abra a boca.”* disse ainda, *“abra a boca!”*. No contexto de brincadeira: pediu para brincar de fazer o aniversário da Ariel, não ocorreu situação de rejeição. Chamou a atenção da terapeuta dizendo: *“olha o meu bolo, você gostou?”*. Pediu ajuda para arrumar o seu calçado. Na atividade em grupo: pediu o livro das princesas, disse para sua mãe que não queria tomar o remédio, com a seguinte fala: *“não quero tomar esse remédio, tem gosto de meias velhas!”*. Para chamar a atenção da terapeuta, trouxe panqueca para a mesma comer e esperou, olhando para o rosto para ver sua reação, pois quem fez a panqueca foi o próprio paciente com a ajuda dos pais. Contou que fez a panqueca com a sua mãe e o seu pai montou, com a frase: *“eu coloquei o chocolate e o pai fechou!”*.

Após a reavaliação, pode-se sugerir que o paciente 1 apresentou evolução em sua linguagem, principalmente ao contar experiência, conseguindo trazer os fatos que aconteceram de forma clara e com detalhes.

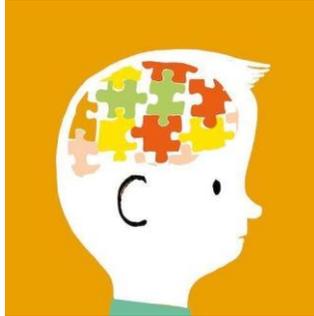
Já o paciente 2, os pais relataram, em outubro, que *“se comunica bem, expressa sentimentos, dores, desejos. Mas ainda tende a repetir falas, palavras e frases que ouve em filmes, desenhos, etc. Vocabulário pobre. Em relação a outras crianças sem autismo, há um atraso”*. Na reavaliação foi observado que: no contexto

de trabalho: pediu *lpad* com a frase: “*trouxe lpad, prof.?*”. Disse que não queria ir no recreio da escola. Ao lhe mostrar uma figura de recreio, verbalizou: “*eu não quero ir no recreio da escola*”. Para chamar a atenção da terapeuta, cantou uma música e olhou para terapeuta. Dividiu a experiência contando que sua avó faz tricô com a frase: “*A vó faz tricô*”. No contexto de brincadeira, com o jogo do engenheiro: pediu os bonecos para brincar, com a frase: “*Eu quero os bonecos*”. Chamou a atenção da terapeuta derrubando as peças e a olhando para ver sua reação. Para dividir experiências contou: “*A mana veio!*”, se referindo à irmã que não mora na mesma casa e veio lhe visitar. Na atividade em grupo: pediu o lego vermelho, com a seguinte fala: “*Eu quero a peça vermelha*” a peça não foi encontrada, então, o paciente gritou, não soube pedir ajuda e questionar cadê? Onde? Vamos procurar? Disse para sua mãe que não queria brincar com o irmão, com a verbalização: “*não quero brincar com o mano*”. Não fez nenhum movimento para chamar a atenção. Contou que foi na avó, com a frase: “*fui na vó!*”.

Observa-se que o paciente 2 usou os pronomes pessoais, o que antes não fazia, ampliou seu vocabulário usando frases com mais detalhes e de forma articulada, porém, ainda persistem algumas dificuldades em verbalizar pedidos de ajuda em situação de estresse e ecolalia.

5.1 Produto Social

É exigido dos Mestrados Profissionais a elaboração de um Produto Social. Desta forma, respondendo a solicitação do Programa de Saúde e Desenvolvimento Humano foi elaborado uma cartilha para fins de orientação e divulgação do TEA, seus principais sintomas, a busca pelo diagnóstico precoce e metodologias de ensino. Destina-se a pais e professores e público em geral. Será disponibilizado nas APAES e escolas da região.



Detalhes que ninguém vê

Enxergo detalhes que ninguém vê!
Com isso, posso ser expert em sei lá o quê?

Posso ouvir, mas não posso entender,
alguém pode me compreender?

Sei amar e também gamar,
um dia irei me apaixonar.

Não tenha medo, apenas peço respeito
posso mostrar habilidades de muito proveito.

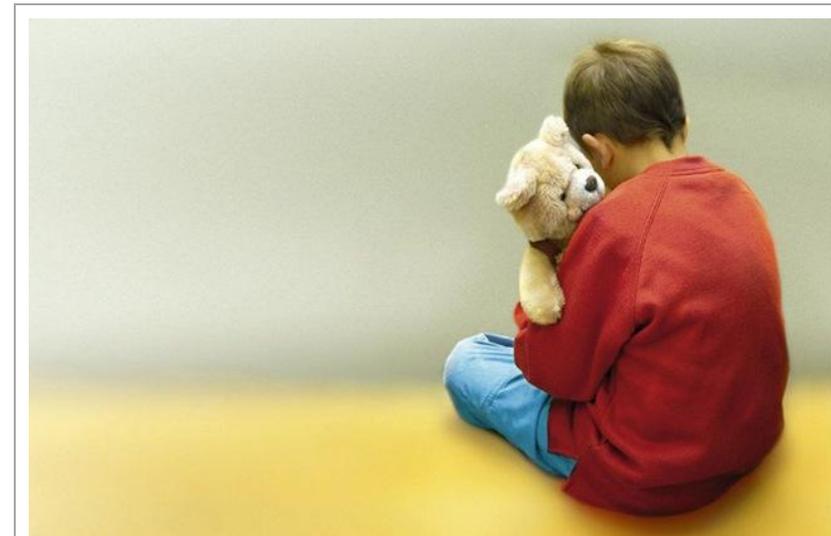


Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano
Linha de Pesquisa: Educação e Promoção em
Saúde

Mestre: Lisiane Barcarolo Martinoto

Orientadora: Prof. Dra. Gilca Lucena Kortmann

Transtorno do Espectro Autista- TEA



Cartilha elaborada como Produto Social na Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano, intitulada “Aspectos psicoeducativos através do modelo TEACCH: estudo de caso de crianças com transtorno do espectro autista – TEA”

Destina-se ao público em geral, com o objetivo de divulgar o TEA, seus principais sintomas, a busca pelo diagnóstico precoce e metodologias de ensino.



Metodologias de ensino

TEACCH (Tratamento e Educação para crianças Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação): psicopedagógico, individualizado, o uso de recursos visuais e estratégias de ensino.



Outras metodologias:



Diagnóstico

- Observação do comportamento.



Quem procurar?

- Neuropediatra;
- Psiquiatra infantil;
- Geneticista.



Tratamento

- Multidisciplinar: psicopedagogia, fonoaudiologia, psicologia, educação...
- Uso ou não de medicamentos.

O que é?

Transtorno do desenvolvimento

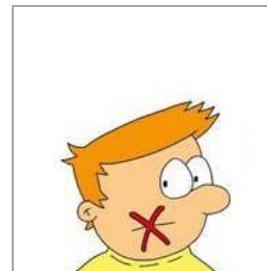


Que se manifesta por:

- Dificuldades na socialização;



- Comportamentos repetitivos e estereotipados;



- Dificuldade na comunicação.

Reconheça alguns sinais

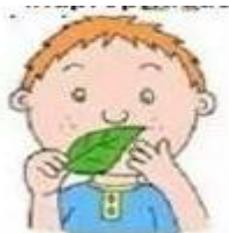
Parece não perceber o perigo



Age como se fosse surdo



Apego incomum a objeto



Hiperatividade ou passividade extrema



Choro ou risos inapropriados



Sensibilidade aos sons



Os pais geralmente são os primeiros a perceber os primeiros sinais do TEA, que podem ter existido desde o nascimento ou ter-se tornado mais visíveis mais tarde. Em alguns casos, as diferenças são óbvias. Em outros, são mais sutis. Os sinais aqui apontados não significam o diagnóstico do TEA, apenas sugere-se que a criança seja avaliada por um profissional na área do desenvolvimento infantil!

6 CONCLUSÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um tema instigante e revelador, diante das dificuldades que esses indivíduos encontram, sendo que todos os sintomas do transtorno estão escondidos internamente, ou seja, não são visíveis aos olhos. Pode-se fazer uma analogia com um *iceberg*, o que se pode observar no gelo que aparece sobre a água é o comportamento em si, mas o que está por baixo da água é uma imensidão de gelo. No caso do TEA, são todos os comprometimentos que o transtorno traz consigo, bem como funções executivas, teoria da mente, hipersensibilidade ou hiposensibilidade, hiperatividade, comunicação, interação, imaginação pobre, comportamento estereotipado, entre outros. Todos esses aspectos comprometem o comportamento e a aprendizagem, o que pode influenciar na qualidade de vida e na saúde das pessoas com TEA e da família.

Diante da demanda de diagnósticos, a cada dia mais precisos, e o real aumento no número de casos, são necessárias intervenções cada vez mais eficazes para o tratamento desse público. Portanto, é necessário que o diagnóstico e avaliação sejam realizados por profissionais especializados, para que a intervenção seja implementada de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo e que a família faça parte de todo o processo terapêutico e então, possibilite o estímulo de habilidades, formando indivíduos autônomos, felizes e capazes de viver em sociedade. E quando adulto, que possam ser inseridos no mercado de trabalho. O modelo TEACCH abarca todas essas questões, por manter um caráter generalista, pode ser implementado por profissionais de diferentes áreas e em locais diversos, como, por exemplo, no lar dos pacientes, onde foi realizado todo o processo deste estudo.

Para tanto, esta pesquisa teve como principal objetivo desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares. O que revelou a falta de literatura nessa área e se demonstrou um árduo caminho na busca de conhecimento. Apesar disso, através deste estudo, foi possível retirar conclusões relevantes, que permitiram contribuir para a inclusão e desenvolvimento de crianças com TEA e ampliar o conhecimento científico existente neste âmbito. Entretanto, esses apontamentos não podem ser generalizados, uma vez que se tratam de um estudo de caso. Nesta ordem de perspectivas, os objetivos específicos foram: avaliar o desenvolvimento linguístico, cognitivo, social e o brincar

das crianças com TEA investigadas, mediante intervenção psicoeducativa, em seu respectivo lar; acompanhar e relatar a acuidade do atendimento a duas crianças com TEA, utilizando ações psicoeducativas em um modelo de trabalho estruturado; analisar os progressos de desenvolvimento das crianças com TEA, através de observações e relatórios; orientar os professores e pais de duas crianças com TEA, por meio de reuniões periódicas, sobre as possibilidades psicoeducativas de inclusão escolar e social, utilizando o modelo TEACCH; informar pais e público em geral, através da organização de uma cartilha com os seguintes tópicos: sinais de alerta do TEA, diagnóstico, encaminhamentos, tratamento e metodologias de ensino.

Pode-se evidenciar, ainda que com apenas seis meses de intervenção, que as crianças obtiveram um aproveitamento significativo em suas aprendizagens, tais como: cognição, comunicação, conhecimento acadêmico, sociabilidade e o brincar. Dessa forma, sugere-se que a intervenção domiciliar foi extremamente importante e influenciou tais resultados, visto os progressos no desenvolvimento das crianças estudadas.

Outro aspecto importante na experiência vivenciada foi o contato com a família, pois o atendimento domiciliar agrega muito ao acompanhamento da criança, permitindo que conversas informais ocorram e algumas mudanças práticas aconteçam de forma eficaz, uma vez que o educador tem a possibilidade de observar a rotina da criança e mediar, intervindo na dinâmica familiar, proporcionando aos mesmos um ambiente agradável e organizado para um melhor entendimento da criança. Percebe-se, também, uma redução no estresse parental, pois estando em casa as crianças com TEA tendem a permanecer estáveis e tranquilas, ao invés de provocar uma situação de um comportamento desorganizado, pela questão do deslocamento e do trânsito. Já que frequentam inúmeras atividades fora do âmbito familiar, o que também é importante.

Ainda se verificou que um dos pacientes apresentou melhor aproveitamento do que outro, demonstrando a grande variabilidade do espectro. Outro fator que o estudo apontou foi no aspecto de características do TEA, pois os pacientes não apresentaram diferenças significativas nos sintomas e sim na forma como esses se manifestaram. Esse resultado é importante porque corrobora com a literatura existente e reafirma os dados de que não existe cura para TEA, mas melhora nos sintomas.

Outro ponto importante a enfatizar é a falta de conhecimento de pais e

professores diante da temática apresentada, pois o comportamento das crianças com TEA os assusta por não saberem agir diante das respostas inapropriadas. Para tanto, precisam ser orientados, a fim de que possam dar continuidade ao processo de generalização das aprendizagens das crianças com TEA, do qual foi necessária a criação de uma cartilha para auxiliar os pais e público em geral. Quanto à família, é importante que se sinta amparada e que os profissionais possam auxiliar na busca por caminhos possíveis para estimular o desenvolvimento de habilidades do seu filho.

Diante dessas conclusões, os dados obtidos sugerem que o modelo TEACCH pode oferecer benefícios aos indivíduos com TEA e às suas famílias, tais como o desenvolvimento das noções de vida em sociedade, maior aproveitamento acadêmico e o desenvolvimento da linguagem e do brincar. No entanto, por se tratar de um estudo de caso, esta pesquisa apresentou como base um público muito restrito, razão pela qual se sugere futuros estudos sobre o modelo TEACCH junto a crianças com TEA a nível domiciliar.

REFERÊNCIAS

ALVES, U. K. A explicitação dos aspectos fonético-fonológicos da L2: teoria e pesquisa na sala de aula. In: LAMPRECHT, R. R.; BLANCO-DUTRA, A. P.; SCHERER, A. P. R.; BARRETO, F. M.; BRISOLARA, L. B.; SANTOS, R. M.; ALVES, U. K. (Org). **Consciência dos sons da língua: subsídios teóricos e práticos para alfabetizadores, fonoaudiólogos e professores de língua inglesa**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009b.

ARAÚJO, C. Psicologia e os transtornos do espectro autista. In: SCHWARTZMAN, J. e ARAÚJO, C. (Orgs.). **Transtornos do espectro do autismo**. São Paulo: memnom, PP. 173-186, 2011.

AMERICAN. **Psychiatric Association**. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN. **Psychiatric Association**. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.

BARBIER, **A pesquisa-ação**. Líber Livro, Brasília, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARON-COHEN, S. **Autism and Asperger Syndrome**. Oxford University Press: New York, 2008.

BLANC, R., ADRIEN, J. L., ROUX, S. BARTHÉLÉMY, C. **Dysregulation of pretend play and communication development in children with autism**. *Autism*, 9(3), 229-245, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. **A Declaração de Salamanca sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**. 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>> Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, DF: MEC/SEESP, 1994.

BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez., 1996.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BIAGGIO, AMB. **Psicologia do desenvolvimento**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BICHARA, C, S. FIAES , I, D. **Brincadeiras de faz-de-conta em crianças autistas: limites e possibilidades numa perspectiva evolucionista**. Universidade Federal da Bahia. Estudos de Psicologia, 14(3), setembro-dezembro, 2009.

BOONE, D, R. PLANTE, E. **Distúrbios da Comunicação Humana e Seus Distúrbios**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BOSA, C. Autismo: Atuais interpretações para antigas observações. In C. R. Baptista & C. Bosa (Eds.) **Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção** (pp. 21-39). Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAMARGO, S, P, H. BOSA, C, A. Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo. **Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 28, n. 3, p 315-324, 2012.

CASA CIVIL. Presidência da República. Subchefia Para Assuntos Jurídicos. **LEI nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012: LEI BERENICE PIANA**. Brasília DF: Presidência da República, 2012. 3 p. Disponível em <<http://db.tt/LrHA3T4g>>. Publicado em: 27 dez. 2012.

CARVALHEIRA, Gianna; VERGANI, Naja; BRUNONI, Décio. Genética do autismo. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 270-272,dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mar. 2014.

Centers for Disease Control And Prevention. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder among Children Aged 8 Years** – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/> Acesso em: 26 jul. 2015

COSENZA, Ramon, M. GUERRA, Leonor, B. **Neurociência e Educação: como o cérebro aprende**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2011.

CYPEL,S. O papel das funções executivas nos transtornos da aprendizagem. In ROTTA, N. OHLWEILER, L. RIESGO, R. **Transtornos da aprendizagem – Abordagem neurobiológica e multidisciplinar** (pp. 375-387). Porto Alegre: Artmed, 2006.

CZERMAINSKI, F, R. **Avaliação neuropsicológica das funções executivas no Transtorno do Espectro do Autismo**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

DEL PRETTE, Z, A, P. DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e Prática**. Petrópolis: Vozes, 2005

D'ELIA, L. VALERI, G. SONNINO, F. FONTANA, I. MAMMONE, A, VICARI, S. **A longitudinal study of the teacch program in different settings: the potential benefits of low intensity intervention in preschool children with autism spectrum disorder**. J Autism Dev Disord, 2014.

DIONISI, J, P. The TEACCH Program: From principles to practice (English). **Neuropsychiatrie de l'enfance & l'Adolescence**. 61 (4), 236-242, 2013.

FERNANDES, M. **O Estudo de uma Família com uma Criança Autista**. Vila Real, Dissertação de Mestrado, 2010.

FERREIRA, I. **Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo: Um Estudo de Caso**. Castelo Branco, Dissertação de Mestrado, 2011.

FISCH GS. Autism and epistemology IV: Does autism need a theory of mind? **Am J Med Genet A**. v. 161, n.10 p. 2464-2480, out. 2013.

FILIPPE, C. N. **Autismo: conceitos, mitos e preconceitos**. Lisboa: Verbo, 2012

FLETCHER-WATSON, S. MCONNELL, F. MANOLA, E. MCCONACHIE, H. As intervenções baseadas na Teoria da Mente modelo cognitiva para o Transtorno do Espectro do Autismo (ASD). **Cochrane Database Syst Rev** , 2014.

FONSECA, Maria, E, G. CIOLA, Juliana, C, B. **Vejo e aprendo: fundamentos do Programa TEACCH: o ensino estruturado para pessoa com autismo**. 1. Ed. Ribeirão Preto, SP: Book Toy, 2014.

FONSECA, V. **Cognição, neuropsicologia e aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica**. 2.ed. Petrópolis:Vozes,2008.

FRIEDMANN, A. **O brincar na educação infantil: observação, adequação e inclusão**. 1. Ed. São Paulo: Moderna, 2012.

FULTON, M, L. D'ENTREMONT, B. **Utility of the Psychoeducational Profile-3 for assessing cognitive and language skills of children with autism spectrum disorders**. J Autism Dev Disord, 2013.

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. **Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento**. J. Pediatr. (Rio J.). Porto Alegre , v. 80, n. 2, supl. Apr. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2014.

GAUDERER, Christian, E. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE, 1993.

GEORGE, J. **El manual del autismo** – Información fácil de assimilar, vision e perspectivas y estudios de casos de um maestro de educacion especial. Canadá: Book Publishers British Columbia, 2009.

GOLDBERG, E. **O cérebro executivo: lobos frontais e mente civilizada**. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

GONÇALVES, A. 2011. **Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo**. Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2011.

GONÇALVES, M. **Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo: Utilização do Sistema Pecs para Promover o Desenvolvimento Comunicativo**. Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2011.

GRANDIN, T. **Thinking in Pictures**. New York: Doubleday, 1995.

GRANDIN, T. PANEK, R. **O cérebro autista: pensando através do espectro**. Tradução de Maria Cristina Torquillo Cavalcanti, Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2015.

GOTTFRIED, C, R. **Risco antipsicóticos no tratamento do autismo, in: transtornos do espectro do autismo: a partir de genes com o ambiente**. T. Williams, Intech Open Access Publisher: Rijeka. p 23-46, 2011.

GREEN J, CHARMAN J, MCCONACHIE H, ALDRED C, SLONIMS V, HOWLIN P et al. **Parent-mediated communication-focused treatment children with autism (PACT): a controlled trial**. Lancet. PACT Consortium, 2010.

GUPTA, Abha R; STATE, Matthew W. **Autismo: genética**. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 28, supl. 1, May 2006. Disponível em: [Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 Mar. 2014.

HART, C, H. OLSEN, S,F. ROBINSON, C,C. MANDLECO, B, L. **The development of social and communicative competence in childhood: Review and a model of personal, familial, and extrafamilial processes**. In: BURLERSON, B, R. KUNKEL, I A,W. Eds. **Communication yearbook 20**. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997:305-373.

JORDAN, R. **Educação de crianças e jovens com autismo**. Lisboa, Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional, 2000.

JUNG, S. SAINATO. D, M. Teaching play skills to young children with autism. **J Intellect Dev Disabil.** 2013 Mar;38(1):74-90.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. Nervous Child, v.2, p. 217-250, 1943.

KLIN, A. **Autismo e Síndrome de Asperger**: uma visão geral. Rev. Bras. Psiquiatr. 28 (supl I): S3-11, 2006.

KLINGER, L, G. ENCE, W. MEYER, A. **Caregiver-mediated approaches to managing challenging behaviors in children with autism spectrum disorder**. Dialogues Clin Neurosci, 2013.

KUTSCHER, M. L. **Crianças com Síndromes Simultâneas**: DDA/H, DAE, Síndrome de Asperger, Síndrome de Gilles de la Tourette, Doença Bipolar e outras – Um guia essencial para pais, professores e outros profissionais. Porto: Porto Editora, 2011.

KNICKMEYER, R. C., WHEELWRIGHT, S., BARON-COHEN, S. B. **Sextypical Play**: Masculinization/Defeminization in Girls with an Autism Spectrum Condition. Journal of Autism Developmental and Disorders, 38, 1028–1035, 2008.

KORTMANN, G. L. **Aprendizagens da criança autista e suas relações familiares e sociais**: estratégias educativas: estudo de caso. Revista de estudos e investigación em psicología e educación. Vol. 21 n 1, 2013.

KWEE, Caroline Sianlian; SAMPAIO, Tania Maria Marinho; ATHERINO, Ciríaco Cristóvão Tavares. **Autismo**: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 11, supl. 2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 mai 2014.

LEON, V, BOSA, C. **The psychometric properties of the Brazilian version of PEP-R**. Autism (in press). 2005.

LEON, V. FONSECA, M. Contribuições do Ensino Estruturado na Educação de Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo. In: Schimidt, Carlo (Org.). **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Campinas, SP: Papirus, 2013.

LEON, V. BARISH, M. BORTOLON, C, B. **Compreendendo o Método TEACCH**. R e v. Traj. Mult. – Ed. Esp. XVIII Fórum Internacional de Educação. Vol. 5/2014.

LEON, V. LEWIS S, S. Programa Teacch. In: SCHWARTZMAN, J. BAPTISTA, F. SCHWARTZMAN, J. **Autismo Infantil**. São Paulo: memnom, PP. 233-263, 1995.

LEON, V, C. OSÓRIO, L. O Método TEACCH. In J.S.Schwartzman & C.A. Araújo (Eds). **Transtornos do Espectro do Autismo** (p. 263-277). São Paulo: Memnom, 2011.

LIBERO, L, E. MAXIMO, J,O. DESPANDE, H,D. KLINGER, L,G. KLINGER, M, R. KANA, R, K. **The role of mirroring and mentalizing networks in mediating action intentions in autism**. Mol Autism, 2014.

LIMA, L. **Avaliar o conhecimento dos pais de crianças Autistas face ao Modelo Teacch**. Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2012.

LIMA, C. B. (Coord.). **Perturbações do Espectro do Autismo – Manual prático de intervenção**. Lisboa: Lidel, 2012.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, C, P. FILIPE, C, N. DUARTE, D. **Face a face com o Autismo: será a inclusão um mito ou um resultado**. Dissertação. Escola Superior de Educação João de Deus. Curso de Ciências da Educação, 2012.

MATHIESON, K. BANERJEE, R. **Pre school peer play: the beginnings of social competence**. Educational and child Psychology, 27 (01), 9-20, 2010.

MARQUES, C. E. **Perturbações do Espectro do Autismo, Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.

MELLO, A. M. S. R. **Autismo: guia prático**. 5. ed. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2007.

MERALI,Z. PRESTI-TORRES, J. MACKAY, J,C. JOHNSTONE, J, Du L. ST-JEAN, A. LEVESQUE,D. KENT, P. SCHWARTSMANN, G. ROESLER, R. SCHRODER, N. ANISMAN, H. **Long-term behavioral effects of neonatal blockade of gastrin-releasing peptide receptors in rats: similarities to autism spectrum disorders**. Behav Brain Res, 2014.

MESQUITA, R. **Estratégias de Inclusão de um Aluno com Espectro do Autismo numa Turma do Regular**. Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2011.

Ministério da Educação Secretaria de Educação Básica Diretoria de Currículos e Educação Integral - **DICEI Coordenação Geral do Ensino Fundamental – Elementos Conceituais e Metodológicos para Definição dos Direitos de Aprendizagem e Desenvolvimento do Ciclo de Alfabetização (1º , 2º E 3º anos) do Ensino Fundamental**. Brasília, 2012.

MORAIS, T. **Modelo TEACCH – Intervenção Pedagógica em Crianças com Perturbações do Espetro do Autismo**. Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2012.

ORELLANA, L, M, MARTÍNEZ-SANCHIS, S. SILVESTRE, F, J. **Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach**. Journal Autism and Developmental Disorders, 2013.

ORNITZ, Edward, M. Autismo. In: GAUDERER, Christian, E. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência- CORDE, 1993.

PAPALIA, Diane.; OLDS, Sally W.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PIERANGELO, R., GIULIANI, G. **Teaching students with autism spectrum disorders**. NY: Skyhorses Publishing, 2012.

Protocolo de níveis sociais, Summer training University of North Caroline, 2014.

Protocolo de níveis de brincar, Summer training University of North Caroline, 2014.

Protocolo de níveis sociais, Summer training University of North Caroline, 2014.

Protocolo de comunicação, Summer training University of North Caroline, 2014.

Protocolo de características do autismo, Summer training University of North Caroline, 2014.

Protocolo de habilidades, Summer training University of North Caroline, 2014.

RAMOS-SOUZA AP. **A linguagem em uma perspectiva enunciativa**: análise de um caso do espectro autista. In Schimdt C. (org) **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Papirus, Campinas, 2013, p. 105-24.

RAPIN, I. TUCHMAN, R. **Autismo**: abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RICKARDS, A, L.WALSTAB, J, E. WRIGHT-ROSSI, R, A. SIMPSON J, REDDIHOUGH, D, S. **One-year follow-up of the outcome of a randomized controlled trial of a home-based intervention programme for children with autism and developmental delay and their families**. Child Care Health Dev. 2009

RIESGO, Rudimar. Neuropediatria, autismo e educação. In: Schimidt, Carlo (Org.). **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Campinas, SP: Papirus, 2013.

RIVERA, F, B. **Breve revisión histórica del autismo**. Rev. Asoc Esp Neuropsiq, XXVII(100): 333-53, 2007.

ROMÁN, G,C. GHASSABIAN, A. BONGERS-SCHOKKING, J, J. JADDOE, V, W. HOFMAN, A. DE RIJKE, Y, B, et al. **Association of gestational maternal hypothyroxinemia and increased autism risk**. Ann Neurol, 2013.

ROTTA, N. T. OHLWEILER, L. RIESGO, R. **Rotinas em neuropediatria**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SAMSEL, A. SENEFF, S. **Glyphosate, pathways to modern diseases III: Manganese, neurological diseases, and associated pathologies**. Surg Neurol Int. 2015.

SANINI, Cláudia; SIFUENTES, Maúcha; BOSA, Cleonice Alves. **Competência social e autismo**: o papel do contexto da brincadeira com pares. Psic.: Teor. e

Pesq., Brasília, v. 29, n. 1, p. 99-105, Mar. 2013.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J e RENNER, B. **The childhood Autism Rating Scale (CARS)**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.

SCHWARTZMAN, J, S. CANTATIERI, C, N. CARREIRO, L, R, R. KHOURY, L, P. RIBEIRO, A, F. TEIXEIRA, M, C,T, V. **Manejo comportamental de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em condições de inclusão escolar**. Guia de orientação a professores. São Paulo: Memnon edições científicas, 2014.

SIEGELL, B. **O mundo da criança com autismo: compreender e tratar perturbações do espectro do autismo**. Porto: Porto Editora, 2008.

SIGMAN, M. SPENCE, S, J. WANG, A, T. **Autism form developmental and neuropsychological perspective**. Annual Reviews of Clinical Psychology. 2. 327-355, 2006.

SILVA, A. B. B. **Mundo singular: entenda o autismo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SMITH, E, Leann. GREENBERG, S, Jan. MAILICK, R, Marsha. **Adultos com autismo: resultados, efeitos familiares, e a psicopedagogia modelo grupo multi-família**. Curr Psiquiatria Rep. Autor manuscrito; disponível na PMC 01 dezembro de 2013.

STANLEY G, C. KONSTANTAREAS, M, M. **Symbolic play in children with autism spectrum disorder**. J. Autism Dev. Disord. 2007.

TAMANAHA, A. C., CHIARI, B. M., PERISSINOTO, J. PEDROMÔNIO, M, R. **A atividade lúdica no autismo infantil**. Distúrbios da Comunicação, 18(3), 307-312, 2006.

TAMANAHA, C. CHIARI, M, B. PERISSINOTO, J. **A Eficácia da Intervenção Terapêutica Fonoaudiológica nos Distúrbios Do Espectro Do Autismo**. Rev. CEFAC. 2015.

TELL, D. DAVIDSON, D. CAMRAS, L, A. **Recognition of emotion from facial expressions with direct or averted eye gaze and varying expression intensities in children with autism disorder and typically developing children**. Autism Res Treat, 2014.

TUCHMAN, R.F. **Déficit Social no Autismo**. In: RAPIN, I.; TUCHMAN, R.F. Autismo – Abordagem Neurobiológica. São Paulo: Artmed, cap. 3 p. 54- 61, 2009.

WING, L. GOULD, J. GILLBERG, C. **Autism spectrum disorders in the DSM – V: better or worse than the DSM- IV? Research in Developmental Disabilities**, 32, 768-773, 2011.

VIVEIROS, M. **A Satisfação na Docência com a Inclusão de Alunos Autistas**. Lisboa, Dissertação de Mestrado, 2011.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A formação social da mente**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WELTERLIN, A. TURNER-BROWN, L, M. HARRIS, S. MESIBOV, G. DELMOLINO, L. The home TEACCHing program for toddlers with autism. **J Autism Dev Disord**. Sep; 42(9):1827-35, 2012

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

ZILBOVICIUS, Mônica; MERESSE, Isabelle; BODDAERT, Nathalie. **Autismo: neuroimagem**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 28, supl. 1, Maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500004 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Mar. 2014.

ZIMERMAN, David. OSÓRIO, Luiz Carlos et. al. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZHEN, B. BLACKWELL, A,F. COULORIS G. **Using Augmented Reality to Elicit Pretend Play for Children with Autism**. IEEE Trans Vis Comput Graph, 2015.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Autorizamos a Prof. Lisiane Barcarolo Martinoto a realizar intervenção psicoeducativa, através do método TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Comunicação) bem como aplicar as avaliações necessárias ao nosso (a) filho (a), para fins de pesquisa que será realizada para finalidade acadêmica no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano, do Unilasalle, sob a orientação da Prof. Dra. Gilca Maria Lucena Kortmann, no ano de 2014/2015. Esta pesquisa tem por objetivo desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares através do modelo *TEACCH*. E como específicos: avaliar o desenvolvimento linguístico, cognitivo, social e o brincar das crianças com TEA investigadas, mediante intervenção psicoeducativa, em seu respectivo lar; acompanhar e relatar a acuidade do atendimento a duas crianças com TEA, utilizando ações psicoeducativas em um modelo de trabalho estruturado; analisar os progressos de desenvolvimento das crianças com TEA, através de observações e relatórios; orientar os professores e pais de duas crianças com TEA, por meio de reuniões periódicas, sobre as possibilidades psicoeducativas de inclusão escolar e social, utilizando o modelo TEACCH; informar pais e público em geral, através da organização de uma cartilha com os seguintes tópicos: sinais de alerta do TEA, diagnóstico, encaminhamentos, tratamento e metodologias de ensino. Estou ciente de que as intervenções realizadas trazem benefícios à criança e à sua família em termos biopsicosociais, importantes para o desenvolvimento humano. A pesquisadora fica autorizada a utilizar, publicar, para fins de estudo, o decorrer da intervenção, as avaliações realizadas, com a ressalva de que os dados sejam utilizados com ética, resguardando os nomes das crianças e demais dados concedidos pela família. As informações coletadas na pesquisa permanecerão no anonimato, não vinculando sua identidade, e serão armazenadas em computador de uso restrito da pesquisadora até o fim da pesquisa. Os pais ou responsáveis poderão ser informados sobre o andamento da pesquisa e, se sentirem necessidade, poderão solicitar a desistência da participação na pesquisa. Todos os dados, avaliações e questionários do estudo serão arquivados por cinco anos e, posteriormente, serão incinerados. A qualquer momento a pesquisadora estará

disponível para prestar esclarecimentos sobre a pesquisa, através do telefone: (51) 81170410, e do e-mail: lisi.martinoto@hotmail.com. Eu, responsável legal pela (criança) _____ D/N_____ recebi as orientações necessárias para entender o presente estudo, assim como li a informação do mesmo e concordo com a participação na pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura dos Responsáveis.

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido escola

Autorizamos a Prof. Lisiane Barcarolo Martinoto a realizar observações com dois alunos com diagnóstico de TEA e entrevista com os professores para fins de pesquisa que será realizada para finalidade acadêmica no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano, do Unilasalle, sob a orientação da Prof. Dra. Gilca Maria Lucena Kortmann, no ano de 2014/2015. Esta pesquisa tem por objetivo desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares através do modelo *TEACCH*. E como específicos: avaliar o desenvolvimento linguístico, cognitivo, social e o brincar das crianças com TEA investigadas, mediante intervenção psicoeducativa, em seu respectivo lar; acompanhar e relatar a acuidade do atendimento a duas crianças com TEA, utilizando ações psicoeducativas em um modelo de trabalho estruturado; analisar os progressos de desenvolvimento das crianças com TEA, através de observações e relatórios; orientar os professores e pais de duas crianças com TEA, por meio de reuniões periódicas, sobre as possibilidades psicoeducativas de inclusão escolar e social, utilizando o modelo TEACCH; informar pais e público em geral, através da organização de uma cartilha com os seguintes tópicos: sinais de alerta do TEA, diagnóstico, encaminhamentos, tratamento e metodologias de ensino. Estou ciente de que as intervenções realizadas trazem benefícios à criança e à sua família em termos biopsicossociais, importantes para o desenvolvimento humano. A pesquisadora fica autorizada a utilizar, publicar, para fins de estudo, a entrevista com os professores e as observações, com ressalva de que os dados sejam utilizados com ética, resguardando os nomes das crianças e demais dados concedidos pela família. As informações coletadas na pesquisa permanecerão no anonimato, não vinculando sua identidade, e serão armazenadas em computador de uso restrito da pesquisadora até o fim da pesquisa. Os professores e escola poderão ser informados sobre o andamento da pesquisa e, se sentirem necessidade, poderão solicitar a desistência da participação na pesquisa. Todos os dados, avaliações e questionários do estudo serão arquivados por cinco anos e, posteriormente, serão incinerados. A qualquer momento a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos sobre a pesquisa, através do telefone: (51) 81170410, e do e-mail: lisi.martinoto@hotmail.com. Declaro que recebi as orientações necessárias para

entender o presente estudo, assim como li a informação do mesmo e concordo com a participação na pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura dos Responsáveis.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido professores

Autorizamos a Prof. Lisiane Barcarolo Martinoto a realizar e publicar entrevista para fins de pesquisa que será realizada para finalidade acadêmica no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano, do Unilasalle, sob a orientação da Prof. Dra. Gilca Maria Lucena Kortmann, no ano de 2014/2015. Esta pesquisa tem por objetivo desenvolver os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e o brincar das crianças com TEA em seus respectivos lares através do modelo *TEACCH*. E como específicos: avaliar o desenvolvimento linguístico, cognitivo, social e o brincar das crianças com TEA investigadas, mediante intervenção psicoeducativa, em seu respectivo lar; acompanhar e relatar a acuidade do atendimento a duas crianças com TEA, utilizando ações psicoeducativas em um modelo de trabalho estruturado; analisar os progressos de desenvolvimento das crianças com TEA, através de observações e relatórios; orientar os professores e pais de duas crianças com TEA, por meio de reuniões periódicas, sobre as possibilidades psicoeducativas de inclusão escolar e social, utilizando o modelo *TEACCH*; informar pais e público em geral, através da organização de uma cartilha com os seguintes tópicos: sinais de alerta do TEA, diagnóstico, encaminhamentos, tratamento e metodologias de ensino. Estou ciente de que as intervenções realizadas trazem benefícios à criança e à sua família em termos biopsicosociais, importantes para o desenvolvimento humano. A pesquisadora fica autorizada a utilizar, publicar, para fins de estudo, a entrevista com os professores e as observações, com a ressalva de que os dados sejam utilizados com ética, resguardando os nomes das crianças e demais dados concedidos pela família. As informações coletadas na pesquisa permanecerão no anonimato, não vinculando sua identidade, e serão armazenadas em computador de uso restrito da pesquisadora até o fim da pesquisa. Os professores e escola poderão ser informados sobre o andamento da pesquisa e, se sentirem necessidade, poderão solicitar a desistência da participação na pesquisa. Todos os dados, avaliações e questionários do estudo serão arquivados por cinco anos e, posteriormente, serão incinerados. A qualquer momento a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos sobre a pesquisa, através do telefone: (51) 81170410, e do e-mail: lisi.martinoto@hotmail.com. Declaro que recebi as orientações necessárias para

entender o presente estudo, assim como li a informação do mesmo e concordo com a participação na pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura dos Responsáveis.

APÊNDICE D – Ofício para presidente da APAE/Capão da Canoa

Senhor Presidente

É com muito prazer, que cumprimento Vossa Senhoria, pelo excelente trabalho que vem realizando frente à Diretoria da APAE de Capão da Canoa. Neste momento aproveito a oportunidade para solicitar a Vossa Senhoria um espaço para realizar o trabalho de pesquisa, importante para a conclusão do Curso de Pós Graduação Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE. A linha de pesquisa do curso é Educação e Promoção em Saúde. Nesta linha de pesquisa se pretende estudar as práticas de educação, promoção e processos de gestão da saúde em diversos contextos, entre eles crianças especiais. Busca produzir conhecimentos teórico-práticos que contribuam para a educação e a promoção em saúde destas crianças e de suas famílias, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, visando à qualidade de vida ao longo do ciclo vital. O título do meu trabalho é: ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS: ESTUDO DE CASOS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA ATRAVÉS DO MODELO TEACCH. Comprometo-me a assumir eticamente os dados referentes às histórias pessoais de cada sujeito, utilizando os dados no anonimato sem identificação dos sujeitos. Contando com Vossa colaboração, me coloco à disposição para prestar maiores esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa. Sendo o que tínhamos no momento, agradeço a atenção.

Capão da Canoa, fevereiro de 2015

Lisiane Barcarolo Martinoto – Mestranda em Saúde e Desenvolvimento Humano
UNILASALLE/2015

Ilmº SENHOR:

PRESIDENTE DA APAE DE CAPÃO DA CANOA.

APÊNDICE E – Ofício para Diretora da escola municipal de Capão da Canoa

Senhora Diretora

É com muito prazer, que cumprimento Vossa Senhoria, pelo excelente trabalho que vem realizando frente à escola no município de Capão da Canoa. Neste momento aproveito a oportunidade para solicitar a Vossa Senhoria um espaço para realizar o trabalho de pesquisa, importante para a conclusão do Curso de Pós Graduação Mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE. A linha de pesquisa do curso é Educação e Promoção em saúde. Nesta linha de pesquisa se pretende estudar as práticas de educação, promoção e processos de gestão da saúde em diversos contextos. Busca produzir conhecimentos teórico-práticos que contribuam para a educação e a promoção em saúde, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, visando a qualidade de vida ao longo do ciclo vital. O título do meu trabalho é: ASPECTOS PSICOEDUCATIVOS: ESTUDO DE CASOS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – TEA ATRAVÉS DO MODELO TEACCH. Comprometo-me a assumir eticamente os dados referentes às histórias pessoais de cada sujeito, utilizando os dados no anonimato sem identificação dos sujeitos. Contando com Vossa colaboração, me coloco à disposição para prestar maiores esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa. Sendo o que tínhamos no momento, agradeço a atenção.

Capão da Canoa, março de 2015

Lisiane Barcarolo Martinoto – Mestranda em Saúde e Desenvolvimento Humano
UNILASALLE/2015

Ilmº SENHORA:

DIRETORA DA ESCOLA MUNICIPAL DE CAPÃO DA CANOA.

APÊNDICE F – Entrevista complementar antes e pós-observação e trabalho com as crianças (familiares e professores)

Endereço:

Nome do Entrevistado:

Profissão:

Data da Entrevista:

Tempo da Entrevista:

1) O que você percebeu que seu/a filho (a) aprendeu até o presente momento? _____

2) O seu/a filho (a) consegue se relacionar e fazer amigos? _____

3) Entende as dicas sociais, por exemplo, as regras de uma brincadeira, o momento que as crianças querem parar de brincar ou escolher outra brincadeira? _____

4) Descreva como é linguagem/comunicação do seu filho? _____

5) No que se refere ao comportamento, como seu/a filho(a) tem se apresentado em casa? _____

—

6) Na escola? _____

7) Em locais que não está habituado a

frequentar? _____

APÊNDICE G - protocolo de observação diária

Período:

Atividade	Dias da semana									
I. Trabalho Individual										
Atividade										
Atividade										
.....										
II. Trabalho Independente										
Atividade										
Atividade										
....										
III. Atividade Livre										
....										
....										
IV. Surpresa										
....										
....										
.....										

Legenda: R (respondeu à atividade com interesse/foi responsivo)

RF (respondeu com muita ajuda física)

RV (respondeu com ajuda verbal)

RG (respondeu com ajuda gestual)

NR (não respondeu bem/estava dispersivo)

Observações:

APÊNDICE H- Quadro demonstrativo da evolução do paciente 1:

HABILIDADE/TAREFAS	ABRIL	OUTUBRO
Pintar desenhos com limite de espaço	(P) seu foco se deteve na cor rosa e em conto de fadas. Apresentou boa preensão, respeitou os limites e pintou com interesse.	(P) seu foco se deteve na cor rosa, roxo e princesas. Apresentou boa preensão, respeitou os limites e pintou com interesse.
Jogos com regras: bingo das letras, memória...	(E) Preferiu o jogo das princesas e apresentou dificuldade em compreender as regras, tais como: a sua vez de jogar e quem venceu.	(P) O jogo observado foi o bingo de letras para formar palavras. Apresentou interesse nas figuras do anel e do gato. Compreendeu todas as regras do jogo: vez de jogar, como colocar as peças, o que fazer. Todavia, tende a mascarar a derrota quando é verificado de que perdeu o jogo, com as falas “ <i>As duas ganharam</i> ” e “ <i>ninguém ganhou</i> ”. No entanto, reconhece que o outro ganhou, o que está prejudicado é habilidade em lidar com a frustração.
Encontrar diferenças	(P) Solicitou o jogo no Ipad e apresentou boa atenção.	(P) Encontrou as sete diferenças sem ajuda.

Verbaliza experiências e sentimentos	<p>(E) Contou que assistiu um filme, porém não conseguiu relatar o nome do filme e do personagem e precisou também ser estimulada a continuar falando. Segue o relato: Paciente: <i>“vi um filme na minha escola.”</i> Terapeuta: <i>“Qual filme?”</i> Paciente: <i>“um filme, aquele que tem uma menininha.”</i> Terapeuta: <i>“Qual o nome da menininha?”</i> Paciente: <i>“Ora a menininha...”</i> e mudou de assunto.</p>	<p>(P) Conta experiências, espontaneamente com sentimentos e riqueza de detalhes. Com o relato <i>“Fui fazer exame de sangue (mostrou a marca da agulha no braço), doeu, mas depois eu ganhei chocolate quente e pirulito. Mas não se preocupe, já vai melhorar.”</i></p>
Reconhece letras	<p>(E) Reconheceu as vogais A-I-O-U e as consoantes B-C-J-X, manteve-se atenta e responsiva, demonstrou interesse em letras com contextos de aniversário (bolo, docinhos, balões...)</p>	<p>(P) Reconheceu todas as letras e associou ao seu personagem. Contudo sua atenção se deteve aos seus personagens preferidos.</p>
Associa número a quantidade	<p>(P) Associou os números a quantidade até 20, com atenção e boa compreensão.</p>	<p>(P) Associou os números a quantidade até 39, com atenção e boa compreensão.</p>
Ideia de adição	<p>(R) Não compreendeu a ideia de agrupar para</p>	<p>(P) Entendeu a ideia de agrupar para somar.</p>

	somar.	
Agrupar objetos, roupas	(E) Necessita da organização visual pela imagem ou pelo objeto.	(P) Observou que a xícara não era roupa, que o gato não era objeto e montou grupos de animais e roupas. Demonstrou interesse em roupas de meninas: saia, vestido...
Relata acontecimentos passados	(E) Relata, porém apresenta lacunas, do qual não entendeu a pergunta onde e o relato aconteceu por meio de perguntas da terapeuta. Transcrevo o diálogo: Paciente: “fui na pracinha” Terapeuta: “ que legal! Qual pracinha?” Paciente: “ora... a que tem tartarugas.” Terapeuta: “onde tem tartarugas?” Paciente: “tartarugas com pele verde.” Terapeuta: “E você brincou?” Paciente: “sim” e mudou de assunto.	(P) Relatou que um menino, na escola, pegou sua tesoura e estragou. Contou que precisou levar a almofada para a escola para assistir um filme. Com as verbalizações: <i>“Um menino pegou minha tesoura na escola e estragou”</i> e <i>“Essa almofada (apontou) levei para ver um filme na minha escola”</i> .

Legenda: R: reprovou
E: emergindo
P: passou

APÊNDICE I - Quadro demonstrativo da evolução do paciente 2:

HABILIDADE/TAREFAS	ABRIL	OUTUBRO
Pintar desenhos com limite de espaço	(E) Seu foco se deteve na cor amarela. Apresentou boa preensão, respeitou alguns limites e pintou com interesse, porém usou de muita força.	(P) Seu foco se deteve na cor vermelha, cor do vestido de seu personagem preferido no momento. Apresentou boa preensão, respeitou alguns limites e pintou com interesse.
Jogos com regras: bingo dos animais, memória...	(E) Demonstrou dificuldade em compreender regras e indicar a sua vez e do outro, mesmo com apoio concreto.	(E) Identificou quando é sua vez de jogar, quem venceu e quem perdeu, porém em alguns momentos no decorrer do jogo, precisou de ajuda e apoio visual.
Encontrar diferenças	(R) Apresentou interesse por personagens de desenhos animados e precisou de muita ajuda para encontrar as diferenças, mesmo estas aparecendo explicitamente.	(E) Precisou de ajuda para iniciar, mas em seguida conseguiu encontrar as diferenças sozinho.

Verbaliza experiências e sentimentos	(E) Conta algumas experiências da escola e convívio em família, porém com muitas lacunas, com a fala: “ <i>Não qué i no recreio</i> ”. Quando questionado o porquê, repete a mesma frase. Ressalta-se a ênfase nos seus personagens preferidos e repetições de falas de programas de televisão, com as verbalizações: “ <i>A Peppa vai toma banho!</i> ”, “ <i>A Peppa tem chulé!</i> ” programa que assiste com a família.	(E) Conta algumas experiências da escola e convívio em família, porém tem dificuldade em associar pensamento e linguagem, uma vez que há trocas de palavras e os fatos se misturam, como por exemplo: “ <i>vai na escola estuda, tem macacos pulando no colchão.</i> ”
Reconhece letras	(P) Reconheceu todas as letras do alfabeto, no formato de forma.	(P) Reconheceu todas as letras e associou aos personagens.
Associa número a quantidade	(E) Associou os números até cinco, porém até o número dez necessitou de auxílio.	(P) Associou os números até 25, sem ajuda.
Ideia de adição	(R) Não compreendeu a ideia de agrupar para somar.	(E) Agrupou objetos para somar, com apoio visual e ajuda física.
Agrupar objetos, roupas	(E) Precisou de apoio verbal e físico para agrupar.	(E) Precisou de apoio verbal e físico para agrupar.
Relata acontecimentos passados	(E) Relata, quando estimulado, em poucas	(E) Relata com frases feitas o que fez, ou

	<p>frases alguns fatos vivenciados. Como por exemplo, após sua mãe dizer “<i>conta onde tu foi hoje!</i>” Sua mãe insiste “<i>foi...</i>” O paciente diz: “<i>foi corta cabelo!</i>”</p>	<p>aconteceu, misturando os fatos e com algumas palavras fora do contexto e , algumas vezes, de forma repetitiva, mas, agora, espontaneamente. Contou inumeras vezes: “<i>o gato Gilbert bateu o dente no vidro e saiu sangue!</i>”, sendo que o gato machucou a boca, mas não com vidro.</p>
--	--	---

Legenda: R: reprovou

E: emergindo

P: passou

ANEXO A – CARS (childhood autism rating scale)

De: Eric Scchopler, Robert J, Reichler e Barbara Roehen Renner.

Hospital Pediátrico de Coimbra- Centro de Desenvolvimento da Criança

Escala comportamental composta por 15 itens, desenvolvida para identificar crianças com síndrome autista, permitindo ainda uma classificação clínica de sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo.

Aluno: _____

Data de nascimento: _____ Idade _____ anos

Pré-escolar: _____ ano: _____

Instituição/Escola: _____

Data: __/__/____

O técnico: _____

DOMÍNIO	PONTUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
I	Relação com pessoas	1- 1,5- 2- 2,5- 3- 3,5—4-
II	Imitação	
III	Resposta Emocional	
IV	Uso Corporal	
V	Uso de objetos	
VI-	Adaptação à mudanças	
VII-	Resposta visual	
VIII-	Resposta auditiva ao som	
IX	Resposta ao paladar, olfato e tato	
X	Medo ou ansiedade	
XI	Comunicação verbal	
XII	Comunicação não verbal	
XIII	Nível de atividade	
XIV	Nível de consistência da resposta intelectual	
XV	Impressão Global	
Cotação Total:		

A criança é capaz de imitar sons, palavras e movimentos de forma adequada às suas capacidades.

2- Imitação ligeiramente anormal.

Imita comportamentos simples como bater palmas; ou sons simples, na maior parte das vezes. Ocasionalmente pode imitar somente depois de muito estimulado ou com algum tempo de atraso.

3-Imitação moderadamente anormal.

Imita só parte do tempo, requerendo uma grande persistência e ajuda do adulto. Pode frequentemente imitar após algum tempo de atraso.

4-Imitação severamente anormal.

Raramente, ou nunca, imita sons, palavras, movimentos, mesmo com ajuda do adulto.

Observações:

III- Resposta emocional

1-Respostas emocionais adequadas à idade e à situação.

A criança mostra um tipo e um grau de resposta adequada, revelada por alteração na expressão facial, postura e modo/atitude.

2-Resposta emocional ligeiramente anormal.

Ocasionalmente desenvolve um tipo ou grau de reação emocional desajustada. As reações, muitas vezes, não estão relacionadas com os objetos ou acontecimentos à sua volta.

3-Resposta emocional moderadamente anormal.

Tipo e ou grau de resposta desajustada. Reações muito apagadas ou excessivas e, outras vezes, não relacionadas à situação. Pode gritar, rir, sem motivo aparente.

4-Resposta emocional severamente anormal.

Raramente a resposta é adequada à situação; o humor mantém-se independentemente da alteração dos acontecimentos. Por um lado, pode manifestar diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.

Observações:

IV- Movimentos do corpo

1 – Movimento do corpo apropriado à idade.

Move-se com a finalidade, agilidade e coordenação da criança normal na mesma idade.

2 – Movimento do corpo ligeiramente anormal.

Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como uma criança desajeitada, movimentos repetitivos, coordenação pobre, ou aparecimento raro de movimentos invulgares referidos no ponto 3.

3 – Movimento do corpo moderadamente anormal.

Notados comportamentos nitidamente estranhos e não usuais para esta idade. Pode incluir movimentos finos dos dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, autoagressão, balanceio, rodopiar, enrolar/entrelaçar de dedos, marcha em bicos de pés.

4 – Movimento do corpo severamente anormal.

Movimentos descritivos no ponto 3, mais frequentes e intensos. Esses comportamentos persistem, muito embora se proibam e envolvam a criança noutras atividades.

V – Utilização dos objetos

1 - Interesse e uso apropriado de brinquedos ou objetos.

A criança mostra um interesse normal em objetos ou brinquedos apropriados para o seu nível e usa-os de um modo adequado.

2 - Interesse e uso ligeiramente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Pode mostrar menos interesse que o normal num brinquedo, ou brincar com ele de modo infantil, como batendo com ele ou levando-o à boca numa idade em que esse comportamento já não é adequado.

3 – Interesse e uso moderadamente inapropriado de objetos ou brinquedos.

Mostra pouco interesse em brinquedos e objetos, ou pode estar preocupado em utilizá-los de um modo anômalo e estranho. Pode focar a atenção numa parte insignificante desses, ficar fascinado com a reflexão de luz do objeto, mover repetidamente uma parte do objeto em particular ou brincar apenas com um objeto, excluindo os outros. Esse comportamento pode ser, pelo menos, parcial ou temporariamente modificado.

4 – Interesse e uso severamente inapropriados de objetos ou brinquedos.

Comportamento semelhante ao ponto 3, mas de um modo mais frequente e intenso. É muito difícil desligar-se dessas atividades uma vez nela embrenhada, sendo muito difícil alterar esta utilização desajustada.

Observações:**IV – Adaptação à mudança****1 – Adaptação à mudança adequada.**

Pode reagir à mudança de rotina, mas aceita-a sem stress desajustado.

2 – Adaptação à mudança ligeiramente anormal.

Quando o adulto tenta mudar de tarefa, a criança pode desejar permanecer na mesma tarefa ou usar o mesmo material, mas consegue desviar sua atenção facilmente. Por exemplo, pode se zangar se for levada a um supermercado diferente ou se fizer um percurso diferente para ir à escola, mas acalma-se facilmente.

3 - Resiste ativamente às mudanças de rotina.

Quando se pretende alterar uma atividade, tenta manter a anterior, sendo difícil de dissuadir. Por exemplo, insiste em recolocar a mobília que foi mudada. Fica zangada e infeliz quando uma rotina estabelecida é alterada.

4 – Adaptação à mudança severamente anormal.

Quando ocorrem mudanças mostra uma reação intensa, que é difícil de eliminar. Se a mudança é imposta, fica extremamente zangada, não colaborativa e respondendo com birras.

Observações:

VII – Resposta visual

1 – Resposta visual adequada à idade.

O comportamento visual é normal. A visão é usada em conjunto com os outros sentidos para explorar novos objetos.

2 – Resposta visual ligeiramente anormal.

Tem de ser lembrada de tempos em tempos a olhar para os objetos. Pode estar mais interessada em olhar para um espelho ou luzes do que para uma criança da mesma idade e, ocasionalmente, ficar com olhar ausente. Pode também evitar o contato visual.

3 – Resposta visual moderadamente anormal.

Tem de ser lembrada frequentemente para olhar o que está a fazer. Pode ficar com o olhar fixo, ausente, evitar olhar nos olhos das pessoas, olhar para os objetos de um ângulo estranho ou levá-los muito perto dos olhos, embora possa vê-los normalmente.

4 – Resposta visual severamente anormal.

Evita constantemente olhar para as pessoas, ou certos objetos, e pode mostrar formas extremas de peculiaridades visuais descritas acima.

Adaptação à mudança moderadamente anormal.

Observações:

VIII – Resposta ao som

1 – Resposta ao som, adequado à idade.

O comportamento auditivo é normal. A audição é utilizada em conjunto com os

outros sentidos, como a visão e o tato.

2 – Resposta ao som ligeiramente anormal.

Alguma falta de resposta para alguns sons ou uma resposta ligeiramente exagerada para outros. Por vezes, a resposta ao som pode ser atrasada e os sons podem, ocasionalmente, necessitar de repetição para prender a atenção da criança. Pode, por vezes, distrair-se por sons externos.

3 - Resposta ao som moderadamente anormal.

A resposta ao som varia bastante. Muitas vezes ignora um som nos primeiros minutos em que é desencadeado. Pode assustar-se por sons do dia a dia, tapando os ouvidos quando os ouve.

4 – Resposta ao som severamente anormal

A criança hiper ou hiporeage, de um modo externo independentemente do tipo de som.

Observações:

IX – Respostas ao paladar, olfato e tato

1 – Resposta normal ao paladar, olfato e tato

Explora objetos novos de um modo apropriado à idade, tocando-lhes e Observando-os. O paladar e o olfato podem ser utilizados quando apropriados, como nos casos em que o objeto é parecido com algo que se come. Reagem a estímulos dolorosos menores do dia a dia, decorrentes de quedas, pancadas e beliscões, expressando desconforto, mas não de um modo excessivo.

2 – Uso e resposta ligeiramente anormal do paladar, olfato e tato.

Persiste em levar objetos à boca, mesmo quando as crianças da sua idade já ultrapassaram essa fase. Pode, por vezes, cheirar ou tomar o gosto de objetos não comestíveis. Pode ignorar ou reagir excessivamente a um beliscão ou estímulo doloroso ligeiro, que a criança normal expressa apenas como ligeiro desconforto.

3 – Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfato e tato.

Pode estar, moderadamente, preocupada em tocar, cheirar ou saborear objetos ou

peessoas. Pode mostrar uma reação moderadamente anormal à dor, reagindo muito ou pouco.

4 – Uso e resposta severamente anormal do paladar, olfato e tato.

Mostra-se preocupada em cheirar, saborear ou tocar objetos mais pela sensação do que pela expressão ou uso normal do objeto. Pode ignorar completamente a dor ou reagir fortemente a algo que apenas motiva ligeiro desconforto.

Observação:

X – Medo ou ansiedade

1 – Medo ou ansiedade normais

O comportamento da criança é adequado à idade e à situação.

2 - Medo ou ansiedade ligeiramente anormais.

Revela ocasionalmente medo ou ansiedade que são ligeiramente desajustadas.

3 – Medo ou ansiedade moderadamente anormais.

A resposta de medo desencadeada é excessiva ou inferior ao esperado em idêntica situação vivida por uma criança mais nova. Pode ser difícil de entender o que desencadeou, sendo também difícil de confortá-la.

4 – Medo ou ansiedade severamente anormais.

Os medos persistem mesmo após repetidas experiências com situações ou objetos desprovidos de perigo. Pode parecer amedrontada durante a consulta sem qualquer motivo. Pelo contrário, pode não mostrar qualquer receio a situações como cães desconhecidos ou tráfego, que crianças da mesma idade evitam.

Observações:

XI - Comunicação verbal

1 – Normal em relação à idade e situação.

2 - Comunicação verbal ligeiramente anormal.

Atraso global da linguagem. Muita linguagem tem sentido, contudo, ecolalias e troca

de pronomes ocorrem ocasionalmente quando já ultrapassada a idade e com quem isso normalmente ocorre. Muito ocasionalmente são utilizadas palavras peculiares e jargões.

3 – Comunicação verbal moderadamente anormal.

A linguagem pode estar ausente. Se presente, pode ser a mistura de alguma linguagem com sentido, e outra peculiar como o jargon, ecolalia, a troca de pronomes. Alguns exemplos incluem a repetição, sem fins comunicativos, de reclames de TV, reportagens de tempo e jogos.

Quando é utilizada linguagem com sentido, é possível incluir peculiaridades como questões frequentes ou preocupações com tópicos particulares.

4 – Comunicação verbal severamente anormal.

Não é utilizada a linguagem com sentido. Em vez disso pode haver gritos, sons esquisitos ou parecidos com animais, ou barulhos complexos simulando linguagem. Pode mostrar uso persistente e bizarro de palavras ou frases reconhecíveis.

Observações:

XII - Comunicação não verbal

1 – De forma adequada à idade e à situação.

2 – Uso ligeiramente anormal da comunicação não verbal.

A comunicação não verbal utilizada é imatura. Pode apontar, por exemplo, vagamente para o que pretende em situações em que uma criança normal, da mesma idade, apontaria mais especificamente.

3 – Uso moderadamente anormal da comunicação não verbal.

É geralmente incapaz de exprimir suas necessidades, ou desejos, de um modo não verbal e é geralmente incapaz de entender a comunicação não verbal dos outros. Pode levar o adulto pela mão ao objeto desejado, mas é incapaz de exprimir o seu desejo por gesto ou apontando.

4 – Uso severamente anormal da comunicação não verbal.

Usa somente gestos peculiares e bizarros, sem significado aparente e não parece

compreender o significado dos gestos e expressões faciais dos outros.

Observações:

XIII - Nível de atividade

1 – Normal em relação à idade e circunstâncias.

A criança não é nem mais nem menos ativa do que uma criança normal, da mesma idade, e nas mesmas circunstâncias.

2 – Nível de atividade ligeiramente anormal.

Pode ser ligeiramente irrequieta ou lenta. O nível de atividade só interfere ligeiramente com a sua realização. Geralmente é possível encorajar a criança a manter o nível de atividade adequado.

3 – Nível de atividade moderadamente anormal.

Pode ser muito ativa e muito difícil de conter. À noite, parece ter uma energia ilimitada e não ir rapidamente para a cama. Pelo contrário, pode ser uma criança completamente letárgica, sendo necessário um grande esforço para mobilizar-se. Podem não gostar de jogos que envolvam atividades físicas, parecendo muito preguiçosas.

4 – Nível de atividade severamente anormal.

Mostra-se extremamente ativa ou inativa, podendo transitar de um extremo ao outro. Pode ser muito difícil orientar a criança. A hiperatividade, quando presente, ocorre virtualmente em todos os aspectos da vida da criança, sendo necessário um controle constante por parte do adulto. Se for letárgica, é extremamente difícil despertá-la para alguma atividade e o encorajamento do adulto é necessário para que se inicie a aprendizagem ou execute alguma tarefa.

Observações:

XIV – Nível e consistência da resposta intelectual

1 – Inteligência normal e razoavelmente consistente nas diferentes áreas.

Tem uma inteligência sobreponível às outras da sua idade e não apresenta uma

incapacidade invulgar ou outro problema.

2 – Função intelectual ligeiramente anormal.

Não é tão desperta como as da sua idade e as suas capacidades parecem, do mesmo modo, atrasadas em todas as áreas.

3 – Função intelectual moderadamente anormal.

No global, a criança não é tão esperta como as da sua idade, contudo, em uma ou mais áreas pode funcionar próximo do normal.

4 – Função intelectual severamente anormal.

Enquanto a criança não é tão esperta como as outras da sua idade, pode funcionar melhor que uma criança da sua idade em uma ou mais áreas. Pode ter capacidades invulgares como talento especial para a música, arte ou facilidade particular com os números.

Observações:

XV – Impressão global

1 – Sem autismo

A criança não mostra qualquer sintoma característico do autismo.

2 – Autismo ligeiro

A criança revela poucos sintomas, ou somente um grau ligeiro de autismo.

3 – Autismo moderado

A criança mostra alguns sintomas ou um grau moderado de autismo.

4 – Autismo severo.

A criança revela muitos sintomas ou um grau extremo de autismo.

ANEXO B - planilha de características do autismo

Área de Comunicação Social

1. Problemas com reciprocidade socioemocional

Abordagem social, conversa recíproca, partilha de interesses.

2. Problemas com comunicação não verbal para a interação social

Contato visual, linguagem corporal, uso e compreensão não verbais.

3. Problemas de desenvolvimento e manutenção de relações sociais (em nível de desenvolvimento)

4. Discurso repetitivo ou estereotipado, movimentos motores, ou uso de objetos

Estereotipias motoras, ecolalia, uso repetitivo de objetos.

5. Adesão a rotinas, padrões, padrões de comportamento ritualizados verbais ou não-verbais resistência excessiva à mudança

6. Interesses inflexíveis, altamente restritos, que são anormais em intensidade ou foco

7. Hyper-ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente

Estilo de Aprendizagem

Organização e planejamento, atenção, generalização, padrão irregular de

habilidades, automático x aprendizagem baseada em regras.

ANEXO C – avaliação

Aluno: _____ Data _____

Observador _____

Habilidade/ Atividade	P	E	R	Engajamento e Interesses	Estilo de aprendizado: organização, atenção, habilidades irregulares, aprendizagem baseada em regras.

ANEXO D- observação de comunicação espontânea

Adicionar um “ * ” para indicar contato visual

Contexto: Trabalho

FORMA E FUNÇÃO	PEDIDO	REJEIÇÃO	ATENÇÃO DIRETA	DIVIDIR EXPERIÊNCIA/ SENTIMENTOS	OUTRO
Motora					
Gestos					
Objetos					
Foto/desenho					
Escrito					
Linguagem de sinais					
Verbalização					
Outro					

Contexto: Brincadeira

FORMA E FUNÇÃO	PEDIDO	REJEIÇÃO	ATENÇÃO DIRETA	DIVIDIR EXPERIÊNCIA/ SENTIMENTOS	OUTRO
Motora					
Gestos					
Objetos					
Foto/desenho					
Escrito					
Linguagem de sinais					
Verbalização					
Outro					

Contexto: Atividade em grupo

FORMA E FUNÇÃO	PEDIDO	REJEIÇÃO	ATENÇÃO DIRETA	DIVIDIR EXPERIÊNCIA/ SENTIMENTOS	OUTRO
Motora					
Gestos					
Objetos					
Foto/desenho					
Escrito					
Linguagem de sinais					
Verbalização					
Outro					

Communication Sample Summary Early Childhood Training

TEACCH is a registered trademark of North Carolina TEACCH Autism Program

ANEXO E - avaliação de níveis de brincar

SENSÓRIO MOTOR (nível 1)	CAUSA/EFEITO (nível 2)	FUNCIONAL (nível 3)	REPRODUÇÃO DE ROTINA (nível 4)	CRIATIVO/SIMBÓLICO (nível 5)

Legenda:

Sensório Motor: a criança brinca pela exploração oral e sensorial do brinquedo (colocar os brinquedos na boca).

Causa/efeito: nesse nível, observa-se que o brincar acontece pelo efeito que o brinquedo provoca pela ação feita, por exemplo: apertar um botão para ouvir o som.

Funcional: o brinquedo pela sua funcionalidade (carrinho para empurrar, cavalo galopa).

Reprodução de rotina: Reproduz brincadeiras que já foram vividas ou trabalhadas (dar a mamadeira para o bebê).

Criativo/simbólico: Usa a imaginação para criar brincadeiras (cria personagens para encenar).

Assessment os Play Levels

Early Childhood

Training

*TEACCH is a registered trademark of the University os North Carolina TEACCH
Autism Program*

ANEXO F – avaliação de níveis sociais

	SOLITÁRIO	ESPECTADOR	PARALELO	PERCEPÇÃO PARALELA	ENGAJAMENTO CONJUNTO	JOGOS COM REGRAS
ATIVIDADE ESTRUTURADA						
DESESTURADA						
ATIVIDADE EM GRUPO						

Legenda

Solitário: a criança brinca sozinho.

Espectador: brinca sozinho, porém olha o outro brincar.

Paralelo: brinca sozinho, mas ao lado de outra pessoa brincando.

Percepção paralela: ora brinca sozinho, ora brinca de maneira compartilhada.

Engajamento conjunto: brinca de maneira compartilhada, em uma brincadeira conjunta com a outra pessoa.

Jogos com regras: entende regras de jogos (memória, trilha)

Early Childhood Training

TEACCH is a registered trademark of the University of North Carolina TEACCH

Autism Program