



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL - GESTÃO EM  
ORGANIZAÇÕES APRENDENTES**

**RIVALINA MARIA MACEDO FERNANDES**

**NARRATIVAS DOCENTES SOBRE O MÉTODO TEACCH:  
O AUTISMO NA GESTÃO DO CONHECIMENTO**

João Pessoa - PB

2014

**RIVALINA MARIA MACÊDO FERNANDES**

**NARRATIVAS DOCENTES SOBRE O MÉTODO TEACCH:  
O AUTISMO NA GESTÃO DO CONHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão em Organizações Aprendentes.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra Marisete Fernandes de Lima.

João Pessoa - PB

2014

F363n Fernandes, Rivalina Maria Macêdo.  
Narrativas docentes sobre o método TEACCH: o autismo  
na gestão do conhecimento / Rivalina Maria Macêdo  
Fernandes.- João Pessoa, 2014.  
108f.  
Orientadora: Marisete Fernandes de Lima  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN  
1. Autismo – narrativas - docentes. 2. Autismo – gestão  
do conhecimento. 3. Método TEACCH.

UFPB/BC

CDU: 616.896(043)

**RIVALINA MARIA MACÊDO FERNANDES**

**NARRATIVAS DOCENTES SOBRE O MÉTODO TEACCH:  
O AUTISMO NA GESTÃO DO CONHECIMENTO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão em Organizações Aprendentes.

Aprovada em: 30 de abril de 2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa.Dra. Marisete Fernandes de Lima - UFPB/CE  
Presidente

---

Prof.Dr. Wilson Honorato de Aragão - UFPB/CE  
Titular Pertencente ao MPGOA

---

Profa.Dra.Carla Alexandra Moita Minervino - UFPB  
Titular Externo ao MPGOA

João Pessoa – PB

2014

Dedico este trabalho as vozes proeminentes entre adultos no espectro autista, que travam lutas constantes e competentes para um agir que combine expressões humanas e acessos comprometidos com olhos que olhem, falas e horas dedicadas a aqueles que só aprendem a sorrir ou a chorar como peças de teatro.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a **Deus**, pelo dom da vida e pela capacitação dada a mim diariamente para a elaboração e finalização deste trabalho.

A minha **mãe** Antonieta Candida de Ataide, que mesmo não podendo mais falar com o seu olhar repassa cuidado e amor e faz com que acredite que vale a pena sonhar.

Ao meu **filho** amado Felipe, que com suas inúmeras limitações que fazem parte do espectro autista renova minhas esperanças a cada dia e faz com que nunca desista de ter esperanças.

Ao meu amado **filho** Diego que venceu todos os obstáculos de ter um irmão ao qual não foi possível compartilhar as brincadeiras de crianças típicas, mas compreendeu que através de um vago olhar existe um irmão que o ama imensamente.

A minha querida e linda **filha** Iasmin, promessa de Deus para minha vida e que nos alegra com seu lindo sorriso.

A Hélio, meu marido e eterno companheiro, a quem me incentivou a fazer deste sonho uma realidade. Agradeço pela ajuda, pela compreensão e seu amor prestado em todos os momentos em que eu mais precisei.

À minha **orientadora**, Marisete Fernandes de Lima, pelo auxílio, paciência, carinho e doses de ânimo prestados a mim durante a realização deste trabalho; sem ela o caminho trilhado seria, com certeza, muito mais árduo.

Ao professor Wilson Honorato de Aragão pelo incentivo para que conseguisse perpassar nas entrelinhas deste trabalho minhas inquietações e minha trajetória enquanto mãe de autista.

A professora Carla Moita Minervino pelas ponderações as quais enriqueceram este trabalho.

À equipe e docentes do MPOGA que se mostraram receptivos, principalmente nas visitas em que eu, como pesquisadora realizei na coordenação.

Às demais pessoas que direta ou indiretamente influenciaram ou contribuíram para esta conquista.

A todos: Muito obrigada!

## **RESUMO**

A busca de (re)editar narrativas docentes através dos registros que marcaram o caminho de aplicação do método TEACCH no campo vivencial do autismo e suas consequências, abre acesso à dinâmica de palavras que parecem importantes no processo de decodificação dos conceitos, práticas e efeitos empregados nas vozes que carecem de interpretação. Nessa acepção os interlocutores que permeiam o ensino e a aprendizagem sobre a realidade da síndrome, quanto à produção da história pertencente a esta realidade, refletem os significados e criam significados no processo inerente ao espectro autista. Nosso objetivo foi identificar as narrativas docentes sobre as reconstruções das experiências vividas na vivencia e aplicação no método TEACCH. Como método de geração de dados, fixamos nossa atenção na utilização da entrevista narrativa com fins de pesquisa social, reconstruindo os acontecimentos, a partir da perspectiva do informante, tão diretamente quanto possível. Numa busca do que, do como envolvidos na recontextualização daquilo que provoca, ao falar, uma maneira própria de traduzir a situação vivida. Foi escolhida, por aproximação aos critérios de inclusão, uma amostra de 04 (quatro) docentes. Buscamos, através da amostra, privilegiar os sujeitos que possuíam as informações e experiências, considerando um número suficiente para a reincidência das informações, possibilitando a apreensão de semelhanças e diferenças. O Método TEACCH na ótica dos docentes escutados é sinônimo de intervenção. Todavia, a terminologia empregada para visualizá-la realça a assertiva de que intervenção precoce é uma estratégia chave, necessitando, portanto ser balizada *a priori* dentro dos próprios espaços educacionais, no intuito de favorecer um maior compromisso com as necessidades dos docentes em suas dúvidas e questionamentos, para *a posteriori* ser equalizada a lógica da realidade circundante.

**Palavras-chave:** Narrativas. Método TEACCH. Docentes. Autismo.

## **ABSTRACT**

The search for edit teachers narratives through the records that marked the path of the TEACCH method application in the field of autism and existential consequences , gives access to the dynamics of words that seem important in the decoding of the concepts , practices and effects process employed the voices that require interpretation . In this sense the interlocutors that permeate teaching and learning about the reality of the disease, as the production of history belongs to this reality, reflecting the meanings and create meanings in the process inherent in the autistic spectrum. Our goal was to identify the current state of autism, considering the narratives of teacher's reconstructions of experiences and experiences in applying the TEACCH method. As a method of data generation, we fix our attention on the use of narrative interview. By approaching the inclusion criteria, a sample of 04 (four) teachers were chosen. We seek, through the sample, favoring the subjects who had the information and experiences, considering sufficient time to recurrence of number information , allowing the seizure of similarities and differences . The method TEACHH heard the viewpoint of teachers is synonymous with intervention. However , the terminology used to view it emphasizes the assertion that early intervention is a key strategy , requiring therefore a priori be demarcated within their own educational activities in order to foster greater commitment to the needs of teachers in their doubts and questions to be subsequently equalized the logic of surrounding reality .

**Keywords:** Narratives . TEACCH method . Teachers. Autism.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APA** – American Psychological Association

**CER** – Centros Especialistas em Reabilitação

**CID** – Código Internacional de Doenças

**DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**PEA** – Perturbação do espectro autista

**QI** - Quociente de inteligência

**TEACCH** - Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped

Children

**TEA** – Transtorno do Espectro Autista

**TID** –Transtorno Invasivo do desenvolvimento

**WHO** -World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	10
1.1 OS ITINERÁRIOS DE UMA INVESTIGAÇÃO.....	10
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA.....	16
1.3 OBJETIVOS.....	22
<b>1.3.1 Objetivo Geral.....</b>	22
<b>1.3.2 Objetivos específicos.....</b>	22
<b>2 ALINHAMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	23
2.1 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	25
<b>2.1.1 Instrumentos.....</b>	25
<b>2.1.2 Procedimentos.....</b>	25
<b>2.1.3 Universo e Amostra.....</b>	26
2.4 CENÁRIO DO ESTUDO .....	27
<b>3 CENÁRIOS E CONTEXTOS DO AUTISMO.....</b>	28
<b>4 GESTÃO DO CONHECIMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO AUTISMO.</b>	34
4.1 INSERÇÕES PRELIMINARES DO AUTISMO NO BRASIL.....	37
4.2 ETIOPATOLOGIA.....	41
<b>4.2.1 Perturbações do Espectro Autista.....</b>	41
4.3 ACHADOS GENÉTICOS E NEUROPATOLÓGICOS.....	43
4.4 PATOLOGIAS ASSOCIADAS.....	47
<b>5 O MÉTODO TEACCH.....</b>	50
5.1. VANTAGENS E LIMITAÇÕES.....	55
5.2 AUTISMO E O MÉTODO TEACCH .....	57
5.3 AUTISMO E FAMÍLIA.....	61
5.4 AUTISMO E A EDUCAÇÃO.....	65
5.5 NARRATIVAS DOCENTES SOBRE O MÉTODO TEACCH.....	74
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....</b>	82
<b>REFERÊNCIA .....</b>	85
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 OS ITINERÁRIOS DE UMA INVESTIGAÇÃO

A motivação em mapear e desenvolver um estudo sobre o espectro autista se situa no fato da minha vivência com uma perturbação onipresente que afetava meu filho – um tempo de buscas e construções constantes por gerenciamentos de conhecimentos sobre o que não entendia em relação ao comportamento que ele apresentava, bem como suas experiências sensoriais, suas funções motoras e, particularmente no entender sua consciência interior. Foram tempos difíceis, repletos de cenas, contextos, inquietações e medos relacionados com o que acontecia com o sintoma que circundava nossa convivência. Quadro que sublinhou minhas reflexões à capacidade de amá-lo, agregando-as à história do processo de viver o autismo naquilo que constituía uma dificuldade, por parte dele, em retribuir esse afeto. Rebuscando e pontuando a maneira de ver o mundo dele e de viver nele, passei a integrar-se a esse mundo de apegos parciais, sendo importante registrá-los.

Nesse sentido, conviver com um autista relata várias situações experienciadas que, no seu conjunto, tem aquilo que Silva (2002) sinaliza como um sentido maior, transformando-as em histórias as quais podem ser acessíveis aos outros, possibilitando assim, levar afeito o diálogo construído na absorção e desenvolvimento de trajetórias cotidianas. Nessa perspectiva, as apreensões que motivaram essa dissertação são compostas a partir de uma representação da realidade e, como tal, estão cheias de significados.

A compreensão, portanto, sobre minha trajetória familiar proporciona uma interpretação sobre um determinado momento considerado como perturbador nos espaços

da vivência, naquilo que reflete uma condição de existência do transtorno, construídas através daquilo que Rabelo (1994) descreve como social e culturalmente pactuada através dos significados delineados para si e para o outro, a partir do caráter enunciativo da doença.

A esse respeito, concordando com as premissas Foucault (1971), a comunicação de um fato não pode ser estudada de forma isolada nem deve ser vista apenas a partir de elementos estruturais. A produção de sentenças em si não constitui comunicação. A comunicação é uma atividade social que requer esforços coordenados de dois ou mais indivíduos. Envolvem interpretações que são conjuntamente negociadas por falantes e ouvintes; julgamentos são confirmados ou modificados pelas reações que evocam um no outro.

Vista sob essa ótica, a prática de convivência com um autista fornece um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiriam numa dada situação impostas pelo transtorno as condições de exercício da função enunciativa. Em outros termos, as conversações em si mesmas contêm evidência interna indicando se os falantes partilham ou não de convenções interpretativas, se têm ou não sucesso na realização de seus propósitos comunicativos.

Na base dessa concepção e na perspectiva deste trabalho, busquei “quebrar a bola de vidro para que a borboleta voasse”, buscando compreender a contribuição do método Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children – TEACCH no funcionamento e na realidade autista em narrativas de professores.

Nessa acepção os interlocutores que permeiam o ensino e a aprendizagem sobre a realidade da metodologia TEACCH, quanto à produção da história pertencente a esta realidade, refletem os significados e criam significados no processo inerente ao espectro

autista. A respeito da problemática, buscamos as narrativas de professores que foram capacitados com a metodologia TEACCH, em seus itinerários educacionais, através das pistas contextuais advindas dos seus conflitos. Concordando com Gancho (2003) o conflito cria uma tensão que organiza os fatos da história.

A partir da minha trajetória em busca de traduzir a dor pelo meu filho autista e da dor pelos que tentam cuidar dele, me fizerem ir buscando determinar os conteúdos dos fatos vividos, favorecendo uma interpretação e/ou uma leitura dos tempos e lugares caracterizados pelo que estava à disposição para ser polido, decifrado, aquilo que é enunciado pela emergência de tradução ao outro.

Sob essa perspectiva, durante os 06 (seis) meses de investigação, situando as narrativas docentes no possibilitar entender seu caráter essencialmente enunciativo em face das aproximações com o método TEACCH, buscamos entrecruzar as histórias contadas, levando em considerando aquilo em que o real se constitui como versões verdadeiras as situações particulares no trato com o autista, como enunciações gerenciadas e compartilhadas no aprender a apreender com as conexões íntimas de cada um.

A respeito desse fato, os docentes ao narrarem suas vivências, abrem seu discurso de modo a permitir a apreensão de sua significação sobre o TEACCH por outras pessoas. Orientando-nos pelo propósito descrito, sentimos a necessidade, de provocar o diálogo plural, enquanto condição de resposta às histórias vivenciadas, através de uma enunciação, expressadas nas pistas de contextualização veiculadas nas informações construídas no processo interativo do desenvolvimento do transtorno.

Na esteira desta exposição, fica clarividente a necessidade de se compreender como as histórias geradas na conivência com o autista, no movimento dos fatos, dos personagens,

nas lacunas que as palavras deixam na dimensão do relato, podem reconstituir os acontecimentos. Nesse sentido, as histórias contadas pelos docentes libertam-se de seu ambiente original discursivo ou representativo passando a ser contextualizadas (RICOUER, 1976).

Em outras palavras, nessa acepção, ninguém diz nada sem ter ouvido dizer – e sem estar neste ou naquele lugar, e sem ser, ele próprio, qualquer coisa diferente dele próprio. A esse respeito, Foucault (1996) salienta que o evento da narrativa tem realidade psicológica para os participantes e é reconhecido e reconhecível culturalmente; na sua identificação, devem ser considerados os objetivos do método, a organização espaço temporal, os participantes com distinção de seus papéis sociais, a organização dos turnos, as normas através das quais os participantes realizam e interpretam a fala na interação.

Conforme constatei na minha trajetória como mãe, ao interrogar-se sobre as coisas ditas e interditas pelo espectro autista, encontrei a medida do entrelaçamento entre o que é dito e escutado e o que é lido pelo outro. Percebi, que de uma maneira ou de outra, as coisas vividas dizem muito mais do que elas próprias. De certa forma, buscar outros aparelhos de ajuda, novos remanejamentos educacionais pressupõe uma construção possível àquilo que se quer traduzir e para o qual se busca uma resposta, através das aproximações com o novo, permitindo, na coisa buscada, um desejo de partilha no interior do vivido, no (re)encontro com um saber que possa contribuir para a enunciação de acontecimentos e contingências, perante o que se anuncia como possibilidade de tradução as situações permeadas de significações.

Assim sendo, esse trabalho traz consigo muito mais enunciados que tenta transparecer, como também carrega em suas atividades reflexivas uma infinidade de

expectativas interditas, enrustidas em milhares de situações vividas, em uma série de especificidades no reconhecimento do que se passa dentro da convivência com o autista. O espectro autista, portanto, está alicerçada na historicidade daquilo vivido, na sua temporalidade, sendo constituída por uma rede de perspectivas e expectativas.

Muito amiúde, as narrativas assinalam no contexto discursivo docente, uma produção simbólica no traduzir as histórias circundadas à metodologia TEACCH, considerando como relevante sua identificação aos aspectos dos sujeitos a ela pertencente. Neste sentido, Ricouer (1995), afirma que o discurso ganha o status de enunciação, tendo como pressuposto descrever, expressar ou representar as experiências do adoecimento.

É interessante notar, contudo, que o autismo surge na ambiência educacional, como situação desafiadora, suscitando as marcas e as representações que compõem a ambiência educacional, como forma de associar as palavras a outros códigos de acesso, e com isto posição politicamente correta, ou seja, no aprender a apreender, eu como mãe estou *com* meu filho autista, em vez de está ali “meu filho autista”.

O estudo está estruturado em seis capítulos.

A primeira parte pontua a contextualização e problematização do tema, definindo o objetivo geral e específico, bem como os itinerários da investigação.

A segunda parte contempla o alinhamento metodológico da investigação, constando de instrumentos, procedimentos, universo e amostra, como também do cenário o estudo.

A terceira parte sublinha os cenários e contextos do autismo, como forma de possibilitar uma visão mais abrangente sobre as (re)negociações científicas em torno do autismo e suas vicissitudes teóricas.

A quarta parte insere a gestão do conhecimento no desenvolvimento do autismo, contribuindo para o (re)pensar sobre as diversas formas encontradas nos aportes científicos no redimensionar o saber em suas relações cotidianas, bem como o esboço das inserções preliminares do autismo no Brasil, como forma de demarcar pontos-chave a serem vislumbrados nas construções sobre o tema e suas nuances. Destacamos também a etiopatologia do autismo, sublinhando as perturbações do espectro do autismo, como também os achados genéticos e neuropatológicos na interface com as patologias associadas.

A quinta parte insere a metodologia TEACCH como ponto basilar à compreensão educacional sobre o autismo, demonstrando vantagens e limitações. Destacamos o autismo e a família, como forma a eleger a importância dessa interface na tradução das dificuldades que permeiam o cotidiano na vivência com o autismo, e a relação entre autismo e educação. Finalizando essa parte apresentamos os fragmentos das narrativas docentes sobre experiências na vivência do método TEACCH em serviço.

As considerações finais e recomendações estão contidas no sexto capítulo.

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO TEMA

Vellante et.al. (2012), ao refletir sobre o aporte conceitual das emoções, traz a tona os mecanismos de coordenação de resposta automática e involuntária, acompanhada por tipos distintos de excitação fisiológica, selecionados pela evolução para reagir aos desafios ambientais básicas.

Nessa perspectiva, Gallese, Keysers e Rizzolatti (2004), e Adolphs (2003), consideram o reconhecimento da emoção como um componente importante da cognição social, pois é a capacidade de interpretar as expressões emocionais sobre os estados mentais dos outros, a fim de prever seu comportamento.

Nesse sentido, Boyatzis e Satyaprasad (1994), Elfenbein, et al, (2007), Leppanen e Hietanen, (2001, apud VALENTE, 2012) afirmam que, em primatas, a capacidade de detectar rápida e corretamente os estados emocionais dos outros é crucial para a interação construtiva. Assim, em humanos, a eficácia na decifração das emoções expressas por outros possibilita uma rica experiência de comunicação.

Na condição do autismo, no entanto, existe permanente prejuízo na interação social, alterações da comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses. No estudo delineado por Klin (2006), essas anormalidades devem se apresentar logo em torno dos três anos de idade. Ou seja, aproximadamente 60 a 70% dos indivíduos com autismo funcionam na faixa do retardo mental.

Baron-Cohen (2003, 2009); Baron-Cohen, et al, (1997); Baron-Cohen, et al, (2001); Green et.al., (2005); Larozi, et al,( 2010) e Decety, Moriguchi (2007), corroborando com

as reflexões de Vellante (2012), sublinham ainda que o autista tem como características, déficits no reconhecimento de emoção. Seguindo essa linha de raciocínio, o prejuízo social – cognitivo que afeta as pessoas com autismo tem como fator as dificuldades seletivas no reconhecer e expressar as emoções.

De acordo com DSM-IV (1995) e a American Psychiatric Association (1994), o autismo é definido pela presença de sintomas marcados em três domínios na interação social, na comunicação verbal e não verbal e em interesses restritos/comportamentos repetitivos, com início aos 03 anos de idade. Dito isto, Gadia, Tuchman e Rotta (2004), chamam a atenção para o fato de que a grande variabilidade no grau de habilidades sociais e de comunicação e nos padrões de comportamento que ocorrem em autistas pontuou o uso do termo Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – (TID).

Dessa forma, Gillbert (1990) e Rutter (1996, apud BOSA;CALLIAS, 2000), afirmam que o autismo é uma síndrome comportamental com etiologias diferentes, no qual o processo de desenvolvimento infantil encontra-se profundamente distorcido.

Diante dessas assertivas, se considera importante mencionar que as manifestações comportamentais as quais definem o autismo se caracterizam pela presença de um desenvolvimento acentuadamente atípico na interação social e comunicação, assim como pelo repertório marcadamente restrito de atividades, padrões de comportamento repetitivos e com repertório restrito de interesses e atividades (RAPIN, 1991).

Dessa maneira, Gadia,Tuchman e Rotta (2004), Rutter e Schopler (1992); Minshew e Payton (1988) e Schopler (1985), destacam o autismo não como uma doença única, mas como distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e diferentes graus de severidade. Ou autores

ainda pontuam a apresentação fenotípica do autismo como influenciada por fatores que não necessariamente façam parte das características principais que definem o distúrbio.

Estas características geralmente levam a um isolamento contínuo da criança e sua família. Porém, Camargo e Bosa (2009), acreditam que a inclusão escolar pode proporcionar a essas crianças oportunidades de convivência com outras da mesma faixa etária, constituindo-se assim um espaço de aprendizagem e de desenvolvimento da competência social.

Nesse contexto, valoriza-se o que Goldberg (2002), assinala como os processos de aprendizagem e atividades curriculares, atribuindo às escolas um importante papel na questão do manejo dos problemas de comportamento (relacionamento interpessoal, comunicação e estereotipias) que interferem nesses processos.

De acordo com RUTTER (1985); WING (1981); WING (1996), LORD; SCHOPLER (1985, apud BOSA; CALAS 2000), a prevalência da síndrome é quatro vezes maior em meninos do que em meninas e há alguma evidência de que as meninas tendem a ser mais severamente afetadas. Entretanto, isso pode ser devido à tendência de meninas com autismo apresentarem QI mais baixo do que os meninos.

Percebe-se ainda, que o autismo pode ocorrer em qualquer classe social, raça ou cultura, sendo que cerca de 65 a 90% dos casos estão associados à deficiência mental (CAMARGO; BOSA, 2009, GADIA, TUCHMAN; ROTTA , 2004).

Tal incidência vem contra a noção estereotipada, derivada das descrições clássicas, de que crianças autistas possuem uma inteligência secreta e superior. Crianças com autismo de alto funcionamento representam apenas 30% dos casos diagnosticados (BOSA, 2002).

Desse modo, Klin (2006), nos alerta que é possível perceber a notável variação na expressão de "sintomas" do autismo. Dessa forma, crianças com funcionamento cognitivo mais baixo geralmente tendem a ser mudas e isoladas. O autor supracitado destaca ainda que em outro nível da síndrome, porém, a criança pode aceitar passivamente a interação, mas raramente a procura, enquanto que em um funcionamento mais alto é possível que a criança se interesse pela interação, mas o faz de modo anormal.

De qualquer modo, de acordo com Camargo e Bosa (2009), e Bosa (2002), a noção de uma criança não-comunicativa, isolada e incapaz de mostrar afeto não corresponde às observações atualmente realizadas. A ausência de respostas das crianças autistas deve-se, muitas vezes, à falta de compreensão do que está sendo exigido dela, ao invés de uma atitude de isolamento e recusa proposital. Nesse sentido, julgar que a criança é alheia ao que acontece ao seu redor restringe a motivação para investir na sua potencialidade para interagir.

Assim, evidenciando poucos estudos na área de inclusão escolar e autismo, Goldberg (2002) nos aponta para a necessidade de implementação de espaços para a construção de conhecimentos e troca de experiências, instrumentalizando os docentes, teórica e emocionalmente. Torna-se, portanto, de grande relevância novas pesquisas no campo da psicologia para atender a essa necessidade (CAMARGO; BOSA, 2009).

Essa particularidade nos fez perceber a importância do método TEACCH, o qual tenta promover especificamente as capacidades de comunicação, organização e partilha social, tendo sido especificamente concebido para compensar as dificuldades detectadas neste grupo, e tentar, além disso, resposta às necessidades dos pais das crianças autistas (MARTINS; FILIPE ; DUARTE, 2012).

Concordando com Mesibov e Shea (2010), a abordagem TEACCH é chamada de "ensino estruturado". Ensino Estruturado é baseado em evidências e observação de que indivíduos com autismo necessitam de uma ação padrão aos déficits neuropsicológicos e forças que chamamos de "Cultura do Autismo" (MESIBOV et al, 2005), incluindo as seguintes características :

1. Força relativa e preferência para o processamento de informação visual (em comparação com dificuldades com o processamento auditivo, especialmente da linguagem);
2. Maior atenção aos detalhes, mas a dificuldade com o sequenciamento, integração, conectando, ou derivar significado deles;
3. Variabilidade enorme em atenção (os indivíduos podem ser muito distraídas, às vezes, e em outros momentos intensamente focado, com dificuldades de deslocar a atenção de forma eficiente );
4. Problemas de comunicação, que variam de acordo com o nível de desenvolvimento, mas sempre incluem deficiências na iniciação e uso social da linguagem ( pragmática);
5. Dificuldade com conceitos de tempo, incluindo em movimento por meio de atividades muito rapidamente ou muito lentamente e ter problemas em reconhecer o início ou fim de uma atividade, quanto tempo vai durar a atividade, e quando ele será concluído;
6. Tendência a se apegar às rotinas e as configurações em que estão estabelecidos, de modo que as atividades podem ser difíceis de transferir ou generalizar a partir

da situação de aprendizagem original e interrupções nas rotinas pode ser desconfortável, confuso, ou perturbador;

7. Interesses muito intensos e impulsos para se envolver em atividades favorecidas e dificuldades desligando uma vez engajados;
8. Marcado preferências e aversões sensoriais.

Dessa forma, Martins, Filipe e Duarte (2012, p.87) concluíram que:

A metodologia TEACCH centra-se nas áreas fortes de processamento normalmente encontradas nas pessoas com autismo (processamento visual, memorização de rotinas e interesses especiais) e tenta promover especificamente as capacidades de comunicação, organização e partilha social, tendo sido especificamente concebido para compensar as dificuldades detectadas neste grupo.

### 1.3 OBJETIVOS

#### **1.3.1. Objetivo Geral**

Traduzir, através das narrativas de docentes a contribuição do TEACCH para aquisição e gestão do conhecimento em trabalhos com autistas.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Compreender através das narrativas dos docentes quais as contribuições após a capacitação e conhecimento do método TEACCH para sua atuação profissional em serviço;
- Averiguar os aspectos específicos dos docentes e seus contextos, que permitam destacar as construções do que vai ser registrado, a partir da articulação entre as redes e vínculos entre “quem narra” e o “suporte” que lhe possibilita a manutenção de conhecimento sobre o autismo;
- Analisar as potencialidades e os limites do TEACCH como instrumento para a gestão do conhecimento.

## **2 ALINHAMENTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO**

A pesquisa caracterizou-se como qualitativa descritiva de método narrativo visto a essência se encontrar, nas narrativas do sujeito, os significados expressos no que tange a gestão do conhecimento resultantes de treinamento da metodologia TEACCH no exercício docente.

Nesse sentido, a busca de (re)editar narrativas docentes através dos registros que marcaram o caminho de aplicação do TEACCH no campo vivencial do autismo e suas consequências, abre acesso à dinâmica de palavras que parecem importantes no processo de decodificação dos conceitos, práticas e efeitos empregados nas vozes que carecem de interpretação. Isto captura uma rede complexa de configurações que a narrativa, em termos de campo de análise, ajudar-nos-ia a percorrer, através das palavras ditas.

Entendendo-se o conceito de campo vivencial como um espaço intercambiado pelo que fazer, a saber, a verificar (BOURDIEU, 1989), estaríamos oportunizando à análise uma flexibilidade aquilo que é aceito e incluído em determinado campo situacional. Nesses termos, a narrativa busca traçar a (re)contextualização daquilo que lhe é próprio e essencial, a ser traduzido nas vozes que buscam sentido às suas realidades e inquietações.

Estaríamos criando, deste modo, narrativas com fins de pesquisa social, reconstruindo os acontecimentos, a partir da perspectiva do informante, tão diretamente quanto possível (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002). Numa busca do que, do como envolvidos na recontextualização daquilo que provoca, ao falar, uma maneira própria de traduzir a situação vivida. Fundamental, neste processo, é não perder de vista o modo como os

docentes falam sobre suas experiências, a linguagem usada e as conexões realizadas no trato com o autista.

Seguindo os passos de Jovechelovitch e Bauer (2002), ao abordar as narrativas como método de investigação, estamos pressupondo entendê-las não apenas como uma listagem de acontecimentos, mas uma tentativa de ligá-los, tanto no tempo, como no sentido.

Pensada sob este viés, a narrativa é constituída através de enredos, numa coerência e sentido próprios, fornecendo o contexto para a compreensão sobre o vivido. Não obstante, a narrativa está presente em cada lugar, em cada linguagem, seja misteriosa ou enigmática, ela está simplesmente ali, como o próprio transtorno.

Discutindo a autenticidade das perspectivas particulares dos docentes, chamamos a atenção para o fato de que as narrações são ricas de colocações indexadas. É dessa opção que irá surgir o interesse primordial naquilo que se refere à experiência do vivido, no curso dos acontecimentos e das ações que, em profusão, nos fazem compreender o processo interligado aos sentidos estabelecidos pelo convívio com o autista. Estaríamos, portanto, buscando mostrar o lugar, o tempo, as orientações do sistema simbólico de troca dos sujeitos envolvidos.

## 2.1 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

### 2.1.1. Instrumentos

Como método de geração de dados, fixamos nossa atenção na utilização da entrevista narrativa (gravada na íntegra), que tem em vista uma situação que encoraje e estimule o entrevistado (chamado de informante) a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2002).

Farr (1982) nos faz perceber que a entrevista narrativa é considerada uma forma de entrevista não-estruturada, de profundidade, com características específicas. Dessa forma, a partir da premissa do referido autor, ela contrasta diferentes perspectivas, e leva a sério a ideia de que a linguagem, assim como o meio de troca, não é neutra, mas constitui uma cosmovisão particular.

### 2.1.2. Procedimentos

Analisamos as narrativas docentes, utilizando alguns dos passos de (SCHUTZE,1977,1983),

### **2.1.3. Universo e amostra**

Num primeiro momento, foi realizado Curso Introdutório do Método TEACCH com carga horária de 04h, com o intuito de explanar sobre o método para 10 participantes de ambos os sexos da creche escola selecionados pela coordenação pedagógica. Ao término do curso foi ofertado aos 10 participantes a oportunidade de livre escolha para fazer parte da pesquisa e participar da capacitação do método TEACCH com carga horária de 60h. Dos 10 participantes 04 docentes do sexo feminino, com faixa etária de 25 a 43 anos optaram em realizar a capacitação e participar do estudo. Os sujeitos docentes da creche pré-escola foram: R.F.M, 32 anos em pedagogia com especialização em aprendizagem lecionando na pré-escola no Infantil II, 04 anos de serviço na creche. J.C.S.L, 43 anos graduada em pedagogia, lecionando no Infantil III, 14 anos de serviço na creche. E.K.S.F, 28 anos graduada em pedagogia, lecionando no Infantil II, 08 anos de serviço na creche. C.R.F.S, 40 anos graduada em pedagogia, lecionando no Infantil III, 10 anos de serviço na creche,

A nossa amostra, constou dos seguintes itens em comum:

- Docentes identificados na creche-escola, com mais de 02 anos de serviço como docente na creche-escola;
- Docentes que já haviam mantido contato anterior com aluno autista;
- Docentes que aceitaram participar da capacitação e da pesquisa;

#### 2.4. CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi a Creche Pré- escola Ângela Meira de Carvalho, a qual está situada na Rua Dom Pedro I, n 445, bairro centro em João Pessoa/PB.

A creche escola foi inaugurada no dia 04 de abril de 1988 na gestão do presidente da Assembleia Legislativa do estado da Paraíba, deputado Inaldo Leitão.

A organização possui capacidade para 120 crianças que possui como critério de inclusão ter parentesco com funcionários da assembleia acima citada.

Funciona em período integral de segunda a sexta-feira funcionando as seguintes classes: Infantil II, Infantil III e Infantil IV.

Possui ótima instalação física e equipe multiprofissional composta de: psicólogo, médicos, odontólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Conta também com: diretoria, coordenação, secretárias, assistente técnico, professores, auxiliares de sala, inspetores, lavanderia, cozinheiras, passadeiras e serviços gerais.

### 3 CENÁRIOS E CONTEXTOS DO AUTISMO

O autismo é uma síndrome descrita há mais de seis décadas que ainda hoje não foi completamente compreendida. Diversas teorias visam explicar as possíveis causas e os sintomas decorrentes do autismo sendo que atualmente as definições tendem a conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas (BOSA; CALLIAS, 2000 *apud* MATTOS; NUERNBERG, 2011).

Podemos citar como primeiro registro de revisão da literatura sobre o Autismo, as experiências médico-pedagógicas do médico Jean Itard com um menino encontrado nas florestas do sul da França, em 1799, o qual estava convivendo com uma manada de lobos e permanecido isolado, por muito tempo, do contado com humanos. Pela descrição realizada pelo médico, este menino teria diagnóstico de autismo, indicando ser o primeiro registro na literatura (KUPFER, 2000).

Outros apanhados históricos sinalizam que sempre existiram crianças com autismo. Achados na Grécia Antiga relatam que essas crianças eram submetidas à eutanásia por não se encontrarem num padrão de “normalidade”. Registra-se a existência de uma lenda irlandesa que fala das “crianças fada”, cuja alma era roubada por duendes maus e as mães precisavam impedir que isso ocorresse. (ASSUMPÇÃO JÚNIOR, 2007).

Gadia, Tuchman e Rotta (2004), sublinham que a expressão “autismo” foi utilizada pela primeira vez por Bleuler em 1911, para designar a perda do contato com a realidade, causadora do déficit de comunicação observado nessas crianças. Kanner (1943, *apud*, GADIA; TUCHMAN; ROTTÀ, 2004), usou a mesma expressão ao descrever 11 crianças que tinham em comum comportamento específico. Sugeriu que se tratava de uma

inabilidade inata para estabelecer contato afetivo e interpessoal e que era uma síndrome bastante rara, mas, provavelmente, mais frequente do que o esperado, pelo pequeno número de casos diagnosticados.

Para Marinho e Merkle (2009), a definição do Autismo teve início na primeira descrição dada por Leo Kanner, em 1943, que ressaltava que “o isolamento autístico”, sintoma fundamental do transtorno, estava presente na criança desde o início da vida sugerindo que se tratava então de um distúrbio inato.

É importante mencionar que para Alves, Lisboa e Lisboa (2010), o autismo estava relacionado à esquizofrenia, apresentando como sinal um alheamento extremo desde o início da vida, uma vez que não havia respostas aos estímulos externos. Leo Kanner, alguns anos após sua primeira publicação, define o autismo infantil precoce, caracterizando-o por dificuldade profunda no contato com as pessoas, um desejo obsessivo de preservar as coisas e as situações, uma ligação especial aos objetos e a presença de uma fisionomia inteligente, além das alterações de linguagem que se estendiam do mutismo a uma linguagem sem função comunicacional (ALVES; LISBOA; LISBOA, 2010).

Marinho e Merkle (2009, apud BOSA, 2002), pontua que a descrição de Kanner organizava-se em torno do distúrbio central que é “a inaptidão das crianças em estabelecer relações normais com as pessoas e em reagir normalmente às situações desde o início da vida”. Para descrevê-lo escolhe o termo Autismo, que já existia. Esse termo na verdade, deriva do grego (autos = si mesmo + ismo = disposição/orientação) e foi tomado emprestado de Bleuler (o qual, por sua vez, subtraiu o “eros” da expressão autoerotismus, cunhada por Ellis, para descrever os sintomas fundamentais da esquizofrenia.

Nesse sentido, o diagnóstico e subclassificações do autismo estiveram sob o amplo rótulo de “esquizofrenia infantil” por muitas décadas. (BOSA;CALLIAS, 2000)

Segundo Assumpção e Pimentel (2000, P.37):

Em trabalho de 1956, Kanner continua descrevendo o quadro como uma 'psicose', referindo que todos os exames clínicos e laboratoriais foram incapazes de fornecer dados consistentes no que se relacionava à sua etiologia, diferenciando-o dos quadros deficitários sensoriais, como a afasia congênita, e dos quadros ligados às oligofrenias, novamente considerando-o uma verdadeira psicose. As primeiras alterações dessa concepção surgem a partir de Ritvo (1976), que relaciona o autismo a um déficit cognitivo, considerando-o não uma psicose e sim um distúrbio do desenvolvimento.

Bosa (2020, apud MATTUS E NUERNBERG, 2011) enfatiza que Kanner descreveu algumas características das crianças com autismo como: não haverem alterações físicas significativas, interesse por fotografias, insistência obsessiva em manter a rotina e rituais estereotipados. Asperger acrescentou mais algumas características, como por exemplo, a incapacidade em olhar para o outro nas trocas sociais. Em 1944, Asperger havia descrito casos em que havia algumas características semelhantes ao autismo em relação às dificuldades de comunicação social em crianças com inteligência normal (GADIA, TUCHMAN, ROTTA, 2004).

De acordo com Alves, Lisboa e Lisboa (2010, p.3):

Em 1969, novos critérios diagnósticos são formulados por Clancy, Dougall e Rendle-Short (Dicionário de Neurociências), bastante semelhantes aos critérios descritos anteriormente. Logo depois se enquadra o autismo infantil dentro das psicoses infantis, caracterizadas como sendo transtorno da personalidade dependente de uma desordem da organização do eu e da relação da criança com o mundo circundante, definida por conduta inapropriada frente à realidade, com retraimento ou fragmentação do campo da realidade; restrição no campo de utilização dos objetos; catexias cognitivas, afetivas e de atividade insuficientes ou parcialmente exageradas.

Mattus e Nuernberg (2011, apud BOSA, 2002) e Sacks (1995), descrevem que estudos mais sistemáticos sobre o TEA (Transtorno de Espectro Autista) começaram a ser realizados somente a partir da década de 70. Foi a psiquiatra inglesa Lorna Wing, que propôs a noção de “espectro autista” para nomear déficits qualitativos na denominada tríade de deficiências em todos os indivíduos: comunicação verbal e não-verbal, interação social e imaginação. Wing (1979, apud MARINHO; MERKLE, 2009) salienta que as pessoas autistas possuem três grandes grupos de perturbações, as quais se manifestam em três diferentes áreas de domínio, vindo a prejudicá-las. São elas: a Área Social, a da Linguagem e Comunicação e a do Comportamento e Pensamento.

Em 1983, a Síndrome de Asperger foi reconhecida e deixou de ser considerado autismo. A Associação Americana de Psiquiatria criou o termo Distúrbio Abrangente do desenvolvimento e em 1987, desta forma o Autismo deixa de ser uma psicose infantil. (MARINHO; MERKLE, 2009). Já havia nos anos 70, um reconhecimento de que seria necessário distinguir-se entre as severas desordens mentais, surgidas na infância, e as psicoses cujo aparecimento se faz mais tarde (RUTTER, 1985).

Bosa e Callias (2000) afirmam que o termo ‘transtornos invasivos do desenvolvimento’ tem sido adotado, desde a década de 80. Gilberg, (1990, apud ALVES; LISBOA; LISBOA, 2010), considera o autismo uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas, com distúrbio no curso do desenvolvimento e caracterizado por deficiência na capacidade de interagir socialmente com outros indivíduos, o que geralmente vem aliado a com déficits de linguagem e alteração de comportamento. Cabe lembrar que mesmo a escola francesa, com sua tradição psicodinâmica, prefere hoje ver o autismo vinculado à questão cognitiva (LELLORD, 1991 *apud* ASSUMPÇÃO; PIMENTEL, 2000).

Os estudos de Hermelin e O'Connor (1970), referendados por Bosa e Callias (2000), foram os primeiros a testarem, cientificamente, como as crianças autistas processavam a informação sensorial na resolução de testes de habilidades de memória e motoras. Ainda concordando com Bosa e Callias (2000), as crianças mostravam déficits cognitivos específicos, tais como: problemas na percepção de ordem e significado, os quais não poderiam ser explicados por deficiência mental; dificuldades em usar input sensorial interno para fazer discriminações na ausência de feedback de respostas motoras; e tendência a armazenar a informação visual, utilizando um código visual, enquanto as crianças com desenvolvimento normal usavam códigos verbais e/ou auditivos.

Assumpção e Pimentel (2000) refletem que mesmo os autores contemporâneos, que possuam concepções divergentes, são raros os que não consideram o autismo um distúrbio tipicamente cognitivo. Tais fatos são exaustivamente citados por Gillberg (1990), que remete incansavelmente a essa abordagem ao pontuar a improbabilidade da existência de casos de autismo não orgânico, já que o novo modo de ver o autismo é biológico.

De acordo com Alves, Lisboa e Lisboa (2010, p.3):

A detecção dos déficits é feita a partir do momento em que ocorrem os primeiros sinais observáveis e por suas características comportamentais, representadas por distúrbios de percepção; distúrbios de desenvolvimento, principalmente nas sequências motora, de linguagem e social; distúrbio de relacionamento social caracterizado por pobreza no contato através do olhar, ausência de sorriso social, ausência de movimento antecipatório, aparente aversão ao físico, tendência a relacionar-se com partes da pessoa, desinteresse em jogos, ansiedade estranha e exacerbada; distúrbios da fala e da linguagem que se estendem desde um mutismo até a ecolalia e a inversão pronominal e distúrbios da motilidade.

Parafraseando Assumpção e Pimentel (2000), a tradição psicanalítica de Lebovici (1991) permitiu afirmar que para os clínicos é uma síndrome relativamente precisa, além de

inferir que “a referência histórica a Kanner faz da síndrome autística uma maneira mais ou menos específica de estar no mundo e aí formar relações atípicas”, o que caracteriza a ambiguidade, a diferença de abordagens e a confirmação da avaliação diversa que permite enquadrarmos crianças diferentes em um mesmo quadro nosográfico, consistindo em “emprestar ao conceito de psicose um caráter vago”.

Mattos e Nuernberg (2011) citam ainda estudos realizados por Rivièvre (1995), que objetivavam analisar as dificuldades que crianças com autismo possuem no desenvolvimento da intersubjetividade primária, a partir da observação da inexistência de reciprocidade social no momento do sorriso social quando bebês, assim como da menor frequência de respostas positivas à voz e ao toque físico dos pais. Assim, as crianças acabam também enfrentando dificuldades no desenvolvimento da intersubjetividade secundária (função simbólica propriamente dita).

Desde as primeiras exposições realizadas por Kanner (1943) até os mais recentes reajustes em termos de classificação e compreensão do autismo, o estudo dessa área tem se caracterizado por controvérsias quanto a sua etiologia (RUTTER, 1996). Historicamente, reivindicações a respeito da natureza do déficit considerado ‘primário’ (inato x ambiental) têm constituído os principais postulados das teorias psicológicas sobre o autismo (BOSA; CALLIAS, 2000).

## 4 GESTÃO DO CONHECIMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO AUTISMO

A atividade educativa tem por objetivos gerais proporcionar o desenvolvimento máximo de habilidades e competências; garantir um equilíbrio pessoal; estabelecer relações significativas e até mesmo proporcionar um bem estar emocional. Isso tudo deve ser objetivo para a educação de todas as crianças, sejam elas normais ou autistas (FELÍCIO, 2007).

Tardif (2010, apud DIONISI, 2013), salienta que é levado em conta o que se sabe sobre o funcionamento cognitivo de pessoas com transtorno do espectro do autismo, a partir das seguintes categorias de análise:

- problemas sensoriais: a falta de neuromodulação sensorial é descrito em muitas pessoas com hiper ou hipossensibilidade, limites podem variar de um momento para o outro no mesmo indivíduo . Isso faz com que uma invasão sensorial que pode ser dolorosa ou insuportável ou inversamente a falta de resposta a estímulos, mesmo intensa;
- falta de coerência central, com dificuldade em unificar as percepções para dar-lhes um sentido geral, são os sentimentos que dominam o assunto, e este é focado em detalhes sem colocá-los em um contexto que lhes proporcione sentido. Portanto, o ambiente pode ser confuso, pistas importantes não sejam discriminadas, o tema é "perdido" e não sabe o que fazer ou como fazer, o que resulta em uma atividade desordenada passiva ou, inversamente deslumbrante e anárquica;

- déficit em funções executivas, resultando em problemas organizacionais, uma incapacidade de projetar em ação, para planejar, a ser realizado em diferentes etapas;
- dificuldade de armazenamento de informações generalizáveis. Isso resulta em dificuldades na adaptação e implementação da aprendizagem em diferentes contextos;
- déficit "teoria da mente", resultando em uma incapacidade de representar os sentimentos e intenções dos outros;
- motivações atípicas: interesses restritos são um dos critérios diagnósticos para TEA, isso resulta em atração para determinados objetos, objetos de pesquisa, às vezes dando a impressão de estranheza nas motivações dos indivíduos.

De acordo com as investigações de Sato (2008), a primeira pesquisa epidemiológica sobre autismo foi realizada por Lotter em 1966, na Inglaterra. Neste estudo ele relatou um índice de prevalência de 4,5 em 10.000 crianças de 8 a 10 anos. Desde Lotter, dezenas de estudos já foram realizadas e encontra-se uma prevalência de crianças com TEA é de 60/10.000. (SEIZE e LAMPREIA, 2013)

Alguns especialistas ainda alegam que apenas passamos a diagnosticar o autismo com mais frequência, mas o diagnóstico melhorado dificilmente há de ser a explicação cabal da escalada de um índice de um em 2500 nascimentos em 1960 para um em 88 hoje. (SOLOMON, 2013)

Paula, et al, (2010) apud ESSABBAGH, (2010), suscita que a prevalência de TEA não está documentada em muitos países, com mais informações provenientes da Europa e Estados Unidos, onde abordagens diagnósticas padronizadas estão disponíveis. Apesar de alguns esforços preliminares não há uma estimativa confiável de base populacional prevalência publicado no Brasil, nem em qualquer outro país da América Latina.

No entanto, de acordo com Kogan, et al (2009) e Baird, et al (2006), nas últimas duas décadas de investigação epidemiológica, de melhores estimativas de prevalência de TEA variou em qualquer lugar a partir de 4/10, 000 a 6/1, 0006. As estimativas mais recentes da prevalência TEA em os EUA e outras nações ocidentais indicam que quase 1% das crianças são afetadas. Com base nestas estimativas internacionais, é concebível que até 1,5 milhão de brasileiros vivem atualmente com TEA.

#### 4.1 INSERÇÕES PRELIMINARES DO AUTISMO NO BRASIL

Para Bressan, Gerolin, Mari, (2010); Mari, Bressan e Miguel, (2004); Rocha et al, (2007), a produção científica brasileira cresceu nos últimos anos, incluindo um aumento na publicação de trabalhos dirigidos à saúde mental. Dessa forma, a existência de dados brasileiros acerca da saúde mental de nossa população é essencial para a formulação adequada de políticas públicas de saúde. (TEIXEIRA et al, 2010).

Em consequência, de acordo com Brasil (2013), o Ministério da Saúde do Brasil, lançou sete Diretrizes de Atenção de orientação das equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com deficiência, nos diferentes pontos de atenção da rede de serviço ao longo do seu ciclo vital. Assim, as diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, Atenção à Pessoa Amputada, à Pessoa com Lesão Medular, à Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico, à Pessoa com Paralisia Cerebral e à Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo foram lançadas, sendo que a meta de publicação será 10 diretrizes até o final de 2014.

Assim, conforme Paula et. al., (2011, p.3):

Um esforço para melhor compreender o estado de autismo no Brasil, foi realizado o 1º Encontro Brasileiro de Pesquisa do Autismo. O encontro foi uma oportunidade única para divulgar os resultados de pesquisa do autismo brasileiro para as comunidades científicas e dos pais, bem como para promover o trabalho em rede e colaboração entre especialistas internacionais e brasileiros em ciências clínicas e básicas.

Paula et. al., (2011), sublinha ainda que devido à alta qualidade da produção e ao impacto que suas pesquisas sobre o TEA causam, o Brasil pode continuar a ser um líder na América Latina, estando numa posição ímpar para trabalhar as questões não respondidas

em epidemiologia e etiologia. Infelizmente, na atualidade não existem estudos conhecidos para examinar o TEA em uma população mestiça.

Teixeira (2010), se debruçando sobre as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2000) e American Psychiatric (2002), pontua que os critérios para os TEA têm se modificado nas diferentes edições dos manuais de classificação dos transtornos mentais, tanto do CID, atualmente na décima edição, quanto do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM- IV, migrando da condição de psicose para o conceito de transtorno global do desenvolvimento.

Nesse âmbito, Gadia, Tuchman e Rotta, (2004, p.86) ressaltam que:

O diagnóstico de uma condição médica ou neurológica, quando associada a um indivíduo autista, define os sintomas clínicos em nível neurobiológico, mas não exclui o diagnóstico de autismo, que é definido em um nível comportamental. Um exemplo seria o de uma pessoa com comportamentos que preenchem requisitos para o diagnóstico de autismo e que tem um exame cromossômico com X-frágil. Neste caso, os sintomas comportamentais seriam consistentes com um diagnóstico de autismo (com todas as implicações que isso possa ter em termos de manejo e prognóstico), e a causa biológica para essa síndrome comportamental seria a síndrome do X-frágil (com as devidas consequências em termos genéticos e de prognóstico). Ainda não está claro se os novos critérios propostos pelo DSM-V para TID conseguirão atingir este objetivo.

Mesmo quando distúrbios autistas são diagnosticados adequadamente, isto é, utilizando critérios diagnósticos apropriados, há uma variação considerável no perfil sintomático, dependendo da etiologia subjacente (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004). Dessa forma, Gillberg e Coleman, (1992), chamam a atenção da comunidade científica para o diagnóstico de autismo necessitar de uma análise clínica mais apurada: avaliações de linguagem e neuropsicologia, bem como exames complementares (por exemplo, estudos de cromossomos incluindo DNA para X-frágil e estudos de neuroimagem ou neurofisiologia,

quando apropriados) podem ser necessários em casos específicos, para identificação de subgrupos mais homogêneos, de acordo com o fenótipo comportamental e a etiologia. Apenas assim conseguiremos obter uma compreensão da patofisiologia desses distúrbios e estabelecer intervenções e prognósticos mais específicos.

Essa variação, no conceito tem contribuído para as diferenças nos resultados dos estudos publicados, como observado nas prevalências apresentadas pelos diversos estudos epidemiológicos internacionais (WILLIAMS; HIGGINS; BRAYNE, 2006; FOMBONNE, 2003, 2006; CENTER FOR DIEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007). TEIXEIRA et al., (2010), suscitam que o aumento observado na frequência do TEA deva-se, também, a uma melhoria tanto no reconhecimento como na detecção, principalmente dos casos sem deficiência mental. Entretanto, há um desconhecimento acerca da realidade dos países em desenvolvimento ocasionados pela maioria absoluta de dados populacionais sobre TEA procede de países desenvolvidos. Na atualidade já é admitida a possibilidade de variações nas prevalências segundo o plano genético das populações estudadas.

É mister salientar ainda que os pacientes com uma intensidade maior do transtorno serem encaminhados para centros específicos habilitados pelo Ministério da Saúde em todo País. Os investimentos fazem parte do plano Viver Sem Limites, que apresentaram um padrão de crescimento, fazendo surgir uma previsão para que até 2014 o programa tenha investido R\$ 1,4 bilhão em três anos. A diretriz (distribuída em todo o Sistema único de Saúde- SUS) é resultado do esforço conjunto da sociedade civil e do governo brasileiro. Coordenado pelo Ministério da Saúde, um grupo de pesquisadores e especialistas e várias entidades, elaborou o material, oferecendo orientações relativas ao cuidado à saúde das

Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Brasil, 2013)

MEDRONHO (2005) evidenciou que os estudos epidemiológicos são essenciais para o planejamento e a organização para as políticas públicas e os sistema de apoio à população. Em contrapartida, as pesquisas epidemiológicas brasileiras de base populacional e específicas para TEA são praticamente inexistentes, sendo apenas três artigos epidemiológicos brasileiros que haviam sido publicados até 2009. Apesar de uma dissertaçāo de mestrado ter produzido dados preliminares sobre a possível taxa de prevalēncia no Brasil (FERREIRA, 2008, *apud* TEIXEIRA et al, 2010), ainda não foram encontrados dados nacionais na populaçāo brasileira. Este resultado chama atenção, principalmente quando comparado ao númeroa de evidências produzidas em outros países e indexadas ao PUBMED: 560 artigos sobre estudos epidemiológicos de TEA entre 2002 e 2009, demonstrando a urgēncia de ações neste campo (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

Paula et. al, (2011) enfatizaram que TEA não pode ser considerado um transtorno raro, visto que mais de um milhão de brasileiros são susceptíveis de serem afetados, revelando uma considerável taxa de incidēncia. Ademais, a saúde e os sistemas públicos de ensino devem estar preparados para atender a essa populaçāo em extrema necessidade de assistēcia. Assim, é importante para a comunidade brasileira de construir sobre estes esforços, apoiando e investindo na pesquisa do autismo futuro.

## 4.2 ETIOPATOLOGIA

### 4.2.1 Perturbações do espectro do autismo (PEA)

Segundo Ribeiro, Freitas e Oliva-Teles (2013,p.19),

A designação de “perturbação do espectro” é utilizada para indicar que as perturbações do espectro do Autismo (PEA) englobam um conjunto diversificado de situações comportamentais, diagnosticadas através da observação clínica do desenvolvimento e de vários instrumentos de avaliação internacionalmente validados. Contudo, entre as características essenciais das PEA existem diferenças significativas na extensão e qualidade dos sintomas, seja pelos problemas da linguagem ou pelo atraso na linguagem falada, o que tem sido observado apenas em 50% dos indivíduos com PEA.

As PEA, portanto, são perturbações globais do desenvolvimento, identificadas pelo DSM-IV e pelo CID 10 pela tríade Lorna Wing: perturbações na comunicação, na imaginação e na interação. (CORREIA; VASCONCELOS; SILVA, 2006)

O DSM-IV-TR (APA, 2002) considera que as Perturbações Globais do Desenvolvimento têm cinco diagnósticos específicos: Perturbação Autista (PA), Síndrome de Asperger (SA), Síndrome da Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbações Globais do Desenvolvimento sem outra especificação.

Atualmente, com o DSM-5, os transtornos do espectro autista são uma denominação que abrange de forma dimensional os transtornos invasivos do desenvolvimento, com exceção do transtorno de Rett, que foi excluído. (RIBEIRO, FREITAS ; OLIVA-TELES, 2013).

Parafraseando Santo, Guerreiro e Rocha (2006), apesar de a síndrome de Asperger ter uma classificação separada do Autismo no DSM IV – TR (Manual de Diagnóstico e

Estatística das Perturbações Mentais), a noção de um espectro de perturbações autísticas baseado na tríade de perturbações apresentada por Lorna Wing é importante para a educação e cuidados das crianças com autismo ou outras perturbações globais do desenvolvimento.

A síndrome de Asperger, diferente do autismo, não é caracterizada por atrasos no desenvolvimento da linguagem ou no funcionamento cognitivo. Por isso, existe uma certa controvérsia sobre se a síndrome de Asperger representa uma forma de autismo ou se, pelo contrário, poderá ser uma entidade nosológica separada. (RIBEIRO; FREITAS; OLIVA-TELES, 2013). Por definição, se existe um período de desenvolvimento normal, este não pode estender-se para além dos 3 anos de idade, e a perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância. (SANTO, GUERREIRO ; ROCHA, 2006).

Parafraseando Ribeiro, Freitas e Oliva-Teles (2013), refletindo com Amir, et al (1999), a síndrome de Rett, distúrbio neurológico dominante, ligado ao cromossoma X, ocorre quase exclusivamente em meninas, com início durante o primeiro ou segundo ano de vida, após um período de desenvolvimento normal. Caracterizada por um padrão de microcefalia adquirida e perda das habilidades manuais no final do primeiro ano de vida, aparecimento progressivo de perturbação da marcha e estereotipias.

Tanto a síndrome do X frágil e a de Rett são mutações de um único gene. Pessoa com X frágil tem uma mutação genética que codifica uma proteína que, por seu turno, bloqueia um freio importante na síntese de proteína no cérebro. Ainda que não se conheça o mecanismo pelo qual a mutação causa déficits intelectuais e comportamentais, uma teoria

coerente diz que esses sintomas resultam de uma produção excessiva de proteína. (SOLOMON, 2013)

A perturbação invasiva do desenvolvimento sem outra especificação é conotada com crianças que apresentam manifestações autistas, mas que não cumprem a totalidade dos critérios nos três domínios de diagnóstico do autismo, apresentando sintomas mais leves. (RIBEIRO; FREITAS ; OLIVA-TELES, 2013)

Para Gadia, Tuchman e Rotta (2004), deve-se enfatizar que a principal intenção dos critérios propostos para diagnosticar autismo e distúrbios relacionados deve ser a de reduzir as divergências entre pesquisadores e clínicos a respeito da delimitação desses distúrbios em um nível comportamental (tipologia) ou biológico (etiologia).

#### 4.3 ACHADOS GENÉTICOS E NEUROPATOLÓGICOS

Segundo Gadia, Tuchman e Rotta, (2004), refletindo sobre os trabalhos de Bauman, (1991), Casanova, Buxhoeveden e Brown, (2002), Casanova et al, (2002), afirmam que o entendimento atual da neuropatologia do autismo é baseado nos trabalhos de Bauman & Kemper que encontraram alterações neuropatológicas consistentes no sistema límbico e nos circuitos cerebelares de 11 cérebros estudados até o momento.

Dessa forma, para GADIA, TUCHMAN e ROTTA, (2004, p.87):

Os estudos de neuroimagens sugerem um padrão anormal de desenvolvimento cerebral em autistas, com uma desaceleração de regiões do cérebro após um crescimento acelerado durante os primeiros anos de vida seguidos, enquanto em outras áreas há uma parada do crescimento.

De acordo com Ribeiro, Freitas e Oliva-Teles, (2013), ao mencionar o trabalho de Casanova et al, (2002), os estudos neuropatológicos do tecido cerebral de indivíduos com autismo têm revelado algumas anomalias, destacando a: diminuição periférica do espaço do neurópilo, a redução do número de células Purkinje no cerebelo anormal, maturação do sistema límbico do cérebro anterior, incluindo a redução do tamanho neuronal, dentre outras.

Ohnishi e Matsuda, (2000) e Baruth et al, (2013) sublinham que foram identificados os recursos de conectividade em sistemas de nível e bases neuroanatômicas, celulares e moleculares plausíveis de autismo. Já, Vissers, Cohen e Geurts (2012), destacam evidências de eletrofisiologia e neuroimagem funcional (repouso de estado e conectividade baseada em tarefas neuroimagem estrutural (volume da substância branca e as propriedades microestruturais). Os estudos de Travers et. al., 2012; Frazier e Hardan, 2009 e Radua et al, (2011), pontuam a genética molecular (moléculas de adesão celular e proteínas sinápticas e desequilíbrio excitatório – inibitório), enquanto Geschwind (2011), o processamento de informação têm dado origem à ideia de que o autismo é caracterizado por conectividade neural atípico, em vez de um conjunto discreto de regiões cerebrais atípicos.

Ribeiro, Freitas e Oliva Teles (2013), seguindo as atuais diretrizes da International Molecular Genetic Study Of Autism Consortium, (1998) no que respeita as características cromossómicas envolvidas no autismo, salienta que o primeiro rastreio genômico, realizado indica um possível envolvimento de seis regiões cromossómicas diferentes (4, 7, 10, 16, 19 e 22). Ideias precisas em que a conectividade atípica pode variar, de diminuição fronto-posterior e maior conectividade parietal-occipital, são delineadas por Minschew, Keller,

(2013). Belmont et al, (2004), e Brock et al. (2002) redução de longo alcance e maior conectividade de curto alcance para temporais déficits vinculativos.

Em 2006, Vorstman et. al., utilizando estudos de linkage e de associação, identificaram *locus* que não se associavam ao risco de autismo (8,9,14,18 e Y) diferentemente do padrão associativo visto nos restantes. Ribeiro, Freitas e Oliva-Teles, (2013), destacam que para uma melhoria na compreensão do mecanismo da PEA, realizam-se análises mais detalhadas de três regiões cromossómicas (15q11-q13, 16p11 e 22q13.3), que se acredita, poderem contribuir para um melhor entendimento das bases genéticas envolvidas nas perturbações do espectro do autismo, sugerindo o eventual envolvimento de vários genes com penetrância variável, fazendo um aporte explicativo para os diferentes fenótipos.

Gadia, Tuchman e Rotta, (2004), pautando-se em vários achados de pesquisa, descreve, várias análises morfométricas utilizando ressonância magnética têm sido publicadas estudando a relação entre medida da circunferência da cabeça, volume cerebral e autismo (FIDLER; BAILEY;SMALLEY, 2000; FOMBONNE et. al., 1999).

Assim, Courchesne, Campbell e Solso, (2011) enfatizaram uma característica neuroanatomical freqüentemente relatadas do autismo é uma trajetória de crescimento excessivo generalizado do cérebro. Para Nordahl et al, (2012); a amígdala é ampliada em crianças com autismo, embora que Schumann et al., (2004) considere que este aumento não esteja mais presente na adolescência.

Conforme Nordahl et al. (2011), o supercrescimento cerebral precoce tende a ser relatado mais em meninos que têm regressão do desenvolvimento do que em outros subgrupos, que pode estar relacionado de acordo com Chawarska et al., (2011), por

generalizado supercrescimento físico seja por normas tendenciosas de perímetro cefálico. (*apud* LAI, LOMBARDO; BARON-COHEN 2013).

Corroborando com a ideia acima, Ayward et. al., (2002), Courchesne et al. (2011), destacaram o achado de aumento do volume cerebral dos autistas entre 8 e 12 anos de idade em um grupo de autistas entre 8 e 46 anos de idade comparado a um grupo controle, contudo não naqueles com mais de 12 anos. Ademais, os autores supracitados reportaram que 90% de meninos autistas entre 2 e 4 anos de idade tinham um maior volume de substância branca cerebral e cerebelar e de massa cinzenta cerebral em relação a controles, o que não foi observado em autistas de mais idade. Assim, o aumento do volume cerebral em crianças autistas muito jovens parece seguir um gradiente ântero-posterior: os lobos frontais são os que mostram crescimento maior, e o oposto ocorre nas regiões occipitais. (CARPER ; COURCHESNE, 2000; CARPER et. al., 2002 *apud* GADIA; TUCHMAN ; ROTTA, 2004)

Além disso, Lai, Lombardo E Baron-Cohen (2013) ainda mencionaram que meta-análises sugerem algumas diferenças consistentes neuroanatomicas em toda a vida, tanto na massa cinzenta, na amígdala, no hipocampo, e nolóbulo quadrado. (VIA et al., 2011) e estruturas de substância branca (por exemplo, arqueadas e fascículos uncinado ) (RADUA et al., 2011). A redução no volume do corpo caloso é também uma descoberta bastante consistente.( FRAZIER E HARDAN, 2009) Muitos resultados são dependentes da idade, (DUDERDEN et al., 2012), indicando a importância da mudança de desenvolvimento.

Estudos recentes, segundo Gadia, Tuchman E Rotta (2004), pontuando os achados de Klin et.al. (2002) e Schultz et.al., (2000,2003), têm utilizado ressonância magnética funcional (FMRI) para a análise das regiões de processamento social nos autistas.

Comumente, durante um exame de FMRI, há uma acentuada ativação do giro fusiforme (área facial fusiforme) em resposta a figuras de faces, que está marcadamente diminuída em autistas, os quais tendem a ativar outras regiões (frontais, occipitais).

#### 4.4 PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Existem várias doenças que se apresentam nos indivíduos com TEA. Assim o seu diagnóstico é muito importante. (LEYFER et al, (2006), MATSON, NEBEL-SCHWALM (2007), apud COELHO, 2012),

Para ressaltar, Solomon (2013, p.264):

Cerca de um terço dos autistas tem pelo menos um diagnóstico psiquiátrico além do autismo, em comparação com os 10% da população geral, mas em sua maioria esse fatores complicadores não são tratados. Um em cinco sofre de pressão clínica; e cerca de 18% de ansiedade. Dada a ampla gama de sintomas, que raras vezes coincidem num caso único, o diagnóstico é extremamente sutil e torna-se mais difícil graças à ideia de um espectro do autismo que desaparece na normalidade numa extremidade.

Em contrapartida, Gadia, Tuchman, Rotta, (2004, p.2) relatam que na ausência de um marcador biológico, o diagnóstico de autismo e a delimitação de seus limites permanecem uma decisão clínica um tanto empírica. Além do que se forem utilizados os critérios aceitos presentemente para definir autismo, este certamente não se apresentaria como um distúrbio raro. Para Solomon (2013), a presença de autismo confunde pais e médicos, de modo que outras doenças podem não ser detectadas ou ficar sem tratamento.

Existe também um risco acrescido de epilepsia nas crianças com autismo, o que pode denotar a existência de fatores genéticos ou mecanismos patológicos comuns em ambas às doenças. A prevalência de epilepsia nos casos de PEA é cerca de 30%, sendo esta mais elevada nos indivíduos que revelam maiores défices a nível mental, motor e da linguagem (TUCHMAN; RAPIN, 2002, *apud*, COELHO (2012).

Outro diagnóstico, segundo Coelho (2012), muito comum nas crianças com PEA é o Déficit de Atenção e Hiperatividade (Attention Deficit Hiperactivity Disorder, ADHD), sendo este diagnosticado em cerca de 31% das crianças com autismo. Estão ainda associados ao autismo, mas numa menor frequência, síndromes como a neurofibromatose, provocada por mutações no gene NF1, as síndromes de Angelman e Prader-Willi, devidos a mutações no gene UBE3Ae o síndrome de Down, correspondente a uma trissomia do cromossoma 21 (LEYFER et al.,(2006), BETANCUR, (2011); CAGLAYAN, (2010).

Em adolescentes e adultos, a possibilidade de que movimentos anormais possam ser relacionados ao uso de neurolépticos deve ser considerada. Uma pesquisa mostrou que as estereotipias típicas observadas em autistas não podem ser diferenciadas, com certeza, de discinesias. Este achado salienta a importância de caracterizar e quantificar movimentos anormais antes de se iniciar o uso de medicações. Convulsões ocorrem em 16 a 35% de crianças autistas. (HALLET et.al., 1993, *apud* GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004).

Dados recentes postulam que déficits de memória e de aprendizagem de procedimento são importantes no autismo e poderiam estar relacionados com transtornos da função cerebelar (MOSTOFSKY et..al., 2000). Outros estudos usaram os dados acima para demonstrar que, nas crianças com hipoplasia cerebelar e autismo, o grau de hipoplasia pode ser correlacionado com respostas de atenção mais lentas a estímulos visuais quando se

utiliza um paradigma espacial de atenção; isso está de acordo com a literatura, que sugere ter o cerebelo papel importante, não somente no autismo, mas também em uma série de outros distúrbios envolvendo as funções cognitivas mais elevadas (SCHMAHMANN, 1994).

Além disso, várias análises morfométricas utilizando ressonância magnética têm sido publicadas estudando a relação entre medida da circunferência da cabeça, volume cerebral e autismo (FIDLER, BAILEY, SMALLEY, 2000; FOMBONNE et. al., 1999). O tamanho da cabeça de autistas tende a ser semelhante ao de crianças típicas ao nascer (CARPER et.al.2002; KLIN et. al., 2002). No entanto, entre 2 e 4 anos de idade, 90% dos autistas têm volume cerebral maior do que a média para crianças da mesma idade, e 37% tem macrocefalia (LAINHART, et.al., 1997).

## 5 O MÉTODO TEACCH

Mesibov (1997) salienta que em uma intervenção TEACCH típica, as habilidades dos indivíduos são avaliadas por meio de testes padronizados (por exemplo, Perfil Psicoeducacional). Os resultados da avaliação servirão de base para o desenvolvimento de um currículo que seja consistente com as necessidades individuais dos alunos envolvidos. (VIRUES-ORTEGA; JULIO; PASTOR-BARRIUSO, 2013).

De acordo com Orellana, Martinez-Sanchis e Silvestre (2013), a carência de conhecimento sobre as explorações médicas e/ou suas consequências dificultam a prática dos profissionais e familiares com esses pacientes.

Na verdade, concordando com Orellana, Martinez-Sanchis e Silvestre (2013), a maioria das pessoas com TEA (Transtornos do Espectro Autista) apresentam comportamentos adversos ao receber assistência médica. Além disso, os autores afirmam que o nível de estresse diário é maior do que na população em geral por causa dos déficits de comunicação, da falta de compreensão dos sinais sociais e da dificuldade de generalização do que aprenderam em um contexto específico. Compliance (do inglês to comply), que significa agir de acordo com uma regra), pode ser melhorada, e tanto a resposta ao estresse como o comportamento disruptivo subsequente podem ser reduzidos pelo uso de estratégias pedagógicas baseadas nos princípios do Tratamento e Educação de Autistas (TEACCH).

Ainda em concordância com Orellana, Martinez-Sanchis e Silvestre (2013), o modelo TEACCH é um plano de formação profissional e um serviço clínico para pessoas com TEA e suas famílias ao longo da vida. Os referidos autores ressaltam o seu

desenvolvimento em 1972 por Eric Schopler na Universidade da Carolina do Norte. A estratégia de tratamento em foco é chamada de Ensino Estruturado, que é baseado no perfil neuropsicológico idiossincrático de pessoas com TEA. Esse Ensino Estruturado assenta basicamente na organização temporal e espacial através de informação visual.

Dionisi (2013) pontua que naquela época, as crianças autistas e seus pais estavam submetidos a dispositivos de terapia psicanalítica em grupo. Visto que os pais consideravam como uma patologia, a visão predominante era, de fato, que o autismo se manifestava como isolamento social que seria, originalmente, uma defesa psíquica.

Para ressaltar a importância do método, Dionisi (2013,p.237):

Em 1966, Eric Schopler começou um programa ambicioso, como parte de um projeto de pesquisa financiado pelo Instituto Nacional para a Saúde Mental (NIMH) por cinco anos. O programa incluiu diagnóstico, avaliação, tratamento, educação profissional, apoio aos pais e pesquisa. Em 1972, o programa TEACCH foi adotado pelo Estado da Carolina do Norte como um sistema global de saúde pública para as pessoas com autismo em todas as idades da vida. Depois disso, ele veio a se espalhar para outros estados nos Estados Unidos e no exterior, principalmente na Europa.

O National Institutes of Health (2011) e Autism Speaks (2012), são os mais importantes financiadores de pesquisa do autismo, prestando assistência terapêutica e educativas de autistas e de comunicação relacionada à Criança Deficiente através do programa TEACCH, (Virues-Ortega, Julio e Pastor-Barriuso, 2013,)

Para Dionisi (2013), a essência do programa é envolve a pesquisa empírica e implicações clínicas. Assim, a compreensão do seu delineamento decorre da observação e avaliação de características individuais, condições de funcionamento cognitivo e potencial em que será possível apoiar, tendo em conta também os déficits.

Dessa forma, conforme Van Bourgondien e Schopler, (1996), o programa TEACCH acentua uma estreita colaboração entre pais e profissionais, adaptando-se a intervenção das características específicas de cada cliente, e fazendo uso de experiências de ensino estruturado.

Além disso, o especialista TEACCH utiliza procedimentos de ensino estruturado para facilitar a aquisição dos objetivos de aprendizagem que compõem o currículo do indivíduo. Logo, para MESIBOV E SHEA, (2010, *apud* VIRUES-ORTEGA; JULIO; PASTOR-BARRIUSO, 2013), o componente de ensino estruturado exige que o ambiente e as atividades do indivíduo sejam organizados de forma a aperfeiçoar o aprendizado e evitar frustrações. Igualmente, o termo "estruturado" das intervenções do autismo geralmente descreve a organização do tempo, o espaço e a sequência de eventos dentro do ambiente, a fim de tornar as atividades de aprendizagem mais claras e mais fácil execução.

O TEACCH recomenda geralmente quatro tipos de estrutura. A primeira é a estrutura física, os exemplos são:

(a) o uso de elementos tais como arranjos mobiliários ou pistas visuais que mostram um aluno / cliente que as atividades ocorrem em áreas específicas e onde devem ficar em pé ou sentar-se na área, e

(b) a redução de fontes ambientais de distração ou superestimulação, como por posicionar um estudante de costas para uma porta ou janela (VIRUES-ORTEGA; JULIO; PASTOR-BARRIUSO, 2013).

O segundo tipo de estrutura envolve organizar e comunicar a sequência dos acontecimentos do dia, fazendo desta programação compreensível e significativa para o aluno. O tipo mais básico de 'agenda' usa objetos para ajudar o aluno a fazer a transição para a próxima atividade (por exemplo, toalha de rosto real para ser usada no banho; colher real a ser utilizada para o lanche). Para estudantes mais avançados em questão do desenvolvimento, imagens ou palavras escritas são usadas para horários, e esses horários são de aumento do tempo (por exemplo, a parte do dia, o dia inteiro, a agenda semanal). O terceiro tipo de estrutura é a organização das tarefas individuais, usando meios visuais para mostrar ao aluno / cliente as seguintes informações (VIRUES-ORTEGA, JULIO E PASTOR-BARRIUSO, 2013):

- (a) O que ele deve fazer;
- (b) Quanto tempo a atividade vai durar ou quantas repetições ele fará;
- (c) Como ele pode ver que ele está fazendo progresso em direção à conclusão;
- (d) Como ele pode ver que a atividade terminou;
- (e) o que ele vai fazer em seguida.

Por fim, “a quarta estrutura envolve a ligação tarefas individuais ordenadas, com o intuito de aumentar a quantidade de tempo que o indivíduo está significativamente envolvido em atividades produtivas.” (VIRUES-ORTEGA, JULIO E PASTOR-BARRIUSO, 2013).

É valido ressaltar que a adoção de programas e práticas de ensino tem sido impulsionada mais pela ideologia, modismo, política e marketing do que por evidências.

(SLAVIN, 2008). Contrariamente ao aumento da pesquisa, do financiamento e da conscientização pública, o campo continua lutando por identificação, validação e implementação efetivas das evidências práticas embasadas por Slavin (CALLAHAN et.al., 2008; HESS et.al., 2008; LORD et.al., 2005).

Segundo Eikesethde (2009), Ospina et.el., (2008); os estudos que abordam o TEACCH tem um conjunto variante de meios utilizados, na intensidade e na duração da intervenção, nas características dos participantes (idade, diagnóstico, funcionamento pré-intervenção), nos métodos de avaliação utilizados e no desenho do estudo (pré-pós, entre os grupos).

Tal variabilidade, em acordo com Moher et el. (2009), Probst et.el. (2010) e Simpson Et. Al, (2005), impede uma apreciação clara da eficácia do tratamento. Embora sínteses não existam na literatura, elas não cumprem as normas de uma revisão sistemática ou meta-análise. Além do fato de não utilizarem métodos padrão para extração e combinação dos dados. Este cenário evidencia a complexidade de avaliação da magnitude e da qualidade da evidência empírica associada com o programa. Em contrapartida, D'Elia et. al, (2013) ressaltam a não existência de provas suficientes sobre a eficácia substancial para as intervenções de intensidade TEACCH baixa a média (ou seja, <20 h de tratamento por semana, durante 2 anos).

Virues-Ortega, Julio e Pastor-Barriuso, (2013), ainda ressaltam uma apreciação mais perceptível, em apoio do programa TEACCH, que poderia ser alcançada por meio de meta-análise. Mas, só recentemente, um número suficiente de estudos foram publicados seguindo uma metodologia relativamente consistente para permitir uma meta-análise com

energia suficiente. Além do que o programa TEACCH está entre as poucas abordagens não farmacológicas que atendem essa limitação.

Ademais, D'Elia et. eL, (2013), debruçando-se sobre as investigações de Roberts e Prior (2006) e Probst et.al.,(2010), mostraram que a intensidade terapêutica pode ser determinada como o número de horas de tratamento que criança recebe por semana, bem como a intensidade do treinamento, currículo, avaliação, planejamento e coordenação. No que diz respeito à base de intervenções TEACCH, há uma falta de estudos clínicos controlados que descrevem os efeitos do programa de alta intensidade, como definido 20 a 30 h de tratamento por semana ao longo de 2-3 anos.

## 5.1 VANTAGENS E LIMITAÇÕES

O programa TEACCH, segundo Mesibov, Shea e Schopler (2005), *apud* VIRUES-ORTEGA, JULIO E PASTOR-BARRIUSO, 2013), é definido como uma abordagem que apoia a capacidade do indivíduo de aprender, compreender e aplicar o aprendizado através de situações. Portanto, as competências transversais, expansão, aprendizagem independente e generalização são resultados críticos do programa. Habilidades dentro desta ampla categoria podem incluir a imitação, assim como as habilidades verbais e sociais.

Dionisi (2013,p.241 ), assim se pronuncia:

A implementação do TEACCH é submetida a uma série de condições. Primeiro, ele se concentra na pessoa, sendo adequado para todos. Isto significa que se o objetivo é comum a todos (autonomia, qualidade de vida, a participação na vida social), os meios para alcançá-lo serão diferentes para todos. Este programa pode ser aplicado igualmente bem para as pessoas com autismo severo, sem a linguagem e com uma deficiência intelectual significativa, como para as pessoas com autismo sem retardo mental associado.

Schopler (1997) mostrou que o ensino estruturado melhora a atenção, o relacionamento, o afeto e o comportamento geral, promovendo uma melhoria da capacidade operacional e da qualidade de vida. Além disso, Schopler e Rogé, (1998) revelam o fato de se considerar os pais como parceiros ativos em seu sistema de apoio à criança, lhes permite aprender a compreender melhor as reações da criança no processo inerentes ao método (seriam eles, o de aprendizagem e o de adaptação), e de colocar em prática os princípios da educação formal, o que pode aumentar significativamente a usabilidade do seu potencial e facilitar o seu desenvolvimento.

Segundo Virues-Ortega, Julio e Pastor-Barriuso,(2013), vários são os princípios orientadores do programa TEACCH, enfatizando pontos específicos que são responsáveis em potencial pelo meio de avaliação padronizada e, portanto, pelos métodos tradicionais de pesquisa clínica.

Seguindo as orientações de Peeters (1996) e Assouline (2008), é importante antes de aplicar o TEACCH, procurar reconhecer a melhor maneira de intervenção, entendendo o problema abordado. Já sobre o funcionamento cognitivo, características sensoriais, necessita de um elevado nível de formação de atores, de uma coerência entre as equipes de trabalho e de uma estreita colaboração entre pais e profissionais. De fato, há ferramentas poderosas para o desenvolvimento da criança, sendo elas: a interação inteligente e pessoal entre o educador e a criança, o prazer compartilhado e a busca permanente para a criatividade.

Uma pesquisa multinacional preenchida pelos pais de crianças com autismo indicou que mais de 30% das famílias usam atualmente ou tinham usado o programa TEACCH (GREEN et al., 2006). Da mesma forma, um estudo epidemiológico realizado na Finlândia

indicou que mais de 40% das crianças com autismo estavam recebendo serviços baseados em TEACCH (KIELINEN; LINNA; MOILANEN, 2002). Além disso, o TEACCH é frequentemente usado como um serviço de educação especializada nas escolas (VIRUES-ORTEGA; JULIO; PASTOR-BARRIUSO, 2013).

Assim, longe de ser apenas um método, Dionisi (2013) o compara a um andaime, o qual é necessário para construção de um edifício, mas após a conclusão ele, o andaime, pode ser removido, deixando, se necessário, somente alguns escoramentos. E ratifica que o TEACCH se apresenta como uma metodologia de resolução de problemas. Além disso, não é exclusivista ou totalitária, o que enriquece as contribuições psicomotoras, a terapia da fala, os métodos de comunicação aumentativa ou alternativa.

Finalmente, segundo Virues-Ortega, Julio e Pastor-Barriuso, (2013,p.941):

O método TEACCH tira proveito da força relativa do indivíduo no processamento visual, adaptando o ambiente físico e usando estruturas visuais para organizar o espaço e as atividades. Estas adaptações podem ter um impacto favorável no desempenho do indivíduo em tarefas de percepção e nas atividades que requerem uma coordenação visual e motora.

## 5.2 AUTISMO E O MÉTODO TEACCH

As intervenções educativas visam promover a independência pessoal e a responsabilidade social. Elas se concentram em questões sociais, cognitivas e comportamentais bem como em áreas de desempenho acadêmico (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001, *apud* D'ELIA et.al., 2013).

Assim, conforme Kwee, Sampaio e Atherino, (2009,p.121):

A meta em longo prazo do Programa TEACCH é que o aluno com autismo se adeque o melhor possível à nossa sociedade quando adulto. Atinge-se esta meta através do respeito pelas diferenças que o autismo cria em cada aluno, e dos trabalhos inseridos na cultura dele. Os esforços são direcionados para expandir as habilidades e entender os alunos, enquanto adaptam-se os ambientes às suas necessidades especiais e limitações.

Um programa como o TEACCH pode ser uma resposta adequada às necessidades das pessoas com autismo. (DIONISI, 2013). Dessarte, é importante ressaltar que as explicações verbais são adequadas para a maioria das pessoas, para os indivíduos com autismo e elas são frequentemente ineficazes e ocasionalmente contra produtivas. Esta afirmação é verdadeira, independentemente do nível cognitivo do indivíduo (SPERRY; MESIBOV, 2005, FERNANDES, 2003 *apud* KWEE; SAMPAIO; ATHERINO, 2009).

Nesse cenário, Ospina et al. (2008), em uma meta-análise apontou que o uso do Programa TEACCH é limitado entre os estudos e enfatizou a necessidade de determinar quais componentes são cruciais para redução dos sintomas autistas e alcance dos resultados clinicamente relevantes.

Enfatizando a importância desse método, Kwee, Sampaio e Atherino, (2009) salientaram que os alunos que são, além do autismo, portadores de deficiência mental são ainda menos aptos a aprender efetivamente através de meios verbais. E enfatizou que os professores e terapeutas devam usar linguagem verbal como uma modalidade de atendimento, mas que a dependência nesta modalidade isolada irá tender a ser improdutiva e frustrante, tanto para o profissional, quanto para o aluno.

Vale ressaltar, segundo D'Elia et.al., (2013, p.616):

Como um indicativo de qualificação do método, os resultados de um estudo dirigido por WELTERLIN et al. (2012) investigaram a eficácia do programa TEACCH em casa entre pais e filhos e verificaram uma melhoria significativa das habilidades motoras finas, uma diminuição do comportamento mal-adaptativo, um aumento da independência, uns aumentos mensuráveis na percepção visual e umas melhorias nas habilidades de ensino dos pais.

Curiosamente, Hirschfeld et al., (2007), afirmaram que mesmo pessoas (nesse caso, alunos) com extenso vocabulário expressivo podem possuir habilidades limitadas de atenção ou processamento da explicação verbal do terapeuta. Eles podem não perceber quando a fala é dirigida a eles, mesmo quando estão prestando atenção, tendem a não entender o conteúdo idiomático da linguagem, as conotações sutis, as inferências lógicas ou o vocabulário complexo.

Para D'Elia et.al., (2013), há uma particularidade que distingue o programa TEACCH da maioria dos outros tratamentos que é a natureza multidisciplinar, onde há um embasamento na interação entre os serviços, os profissionais e as famílias da comunidade. Os benefícios potenciais da participação dos pais nas estratégias de intervenção com crianças autistas (SCHOPLER, 1994) incluem o aumento de competência nas crianças e a diminuição do estresse entre os familiares.

Em concordância com a multidisciplinariedade citada acima, Kwee, Sampaio e Atherino (2009, p.123) referiram que:

O olhar transdisciplinar dessa questão, o qual permite que o profissional, responsável pela atuação direta com o indivíduo com autismo, receba o maior número de informações das diferentes áreas que compõem o protocolo e possa, junto com a equipe organizar as estratégias de abordagens psicoeducativas do programa TEACCH .

Ainda em acordo com Kwee, Sampaio e Atherino (2009), a possibilidade de redirecionar o olhar do terapeuta generaliza e amplia seus conceitos sobre o aluno com autismo e, consequentemente, também estende as possibilidades do desenvolvimento destes. As parcerias formadas entre as diferentes especialidades torna a equipe coesa e fundamenta os objetivos no trabalho com os alunos.

Logo, apesar das formações e das características distintas de cada membro da equipe, o foco de atuação é comum e compartilhado com todas as pessoas da instituição, inclusive com os pais. (KWEET, SAMPAIO, AETHERINO, 2009). E para a confirmação a eficácia do programa TEACCH, vários estudos focados em crianças relataram melhorias na brincadeira social, no progresso nos cuidados de auto-ajuda, na percepção, nas atividades motoras e desempenho cognitivo (FRANCKE; GEIST, 2003, PANERAI et al. 1997, *apud* D'ELIA et.al., 2013 ).

D'Elia et Al, (2013) e Tsang et al . (2007) avaliaram os benefícios do programa escolar TEACCH e observaram uma melhora significativamente maior em medidas de percepção, coordenação motora fina e habilidades motoras, o funcionamento adaptativo social e habilidades de desenvolvimento. Estas intervenções integradoras para crianças podem ser aplicadas em várias configurações (VOLKMAR, WIESNER 2009; ROGERS, VISMARA 2008) com uma intensidade diferente (PROBST, et. al., 2010).

### 5.3 AUTISMO E FAMÍLIA

Para Walter e Almeida (2010), a família é definida sociologicamente como um sistema social, uma rede complexa de relações e emoções pela qual perpassam sentimentos e comportamentos, sendo a simples descrição de seus elementos, insuficiente para transmitir a riqueza e complexidade relacional de sua estrutura. Nessa perspectiva, o autismo geralmente leva o contexto familiar a viver rupturas por interromper suas atividades sociais normais, transformando o clima emocional no qual vive. A família se une à disfunção de sua criança, sendo tal fator determinante no início de sua adaptação (WALTER; ALMEIDA, 2010).

A família é, portanto, profundamente afetada pela ocorrência de uma doença crônica em um de seus membros. Embora ela tenha como função mediar a tensão de seus membros, um nível de tensão grande e prolongado pode destruir sua capacidade de funcionar como anteparo para eles (ASSUMPÇÃO; SPROVIERI, 2001). Torna-se inviável reproduzir normas e valores sociais e, consequentemente, manter o contexto social. A família sente-se, então, frustrada e diminuída frente ao meio, com os pais e a criança passando a ser desvalorizados (COHEN; WARREN, 1985, apud WALTER; ALMEIDA, 2010).

Os sentimentos da família sobre a deficiência de seus filhos são cílicos e podem transitar entre a aceitação e a negação, especialmente nas mudanças de fases da criança. Especialmente nas famílias de portadores de autismo, a ausência da troca afetiva e da comunicação costuma ser a maior dificuldade (SERRA, 2010).

As características próprias do comportamento de pessoas com autismo, somadas à severidade do transtorno, podem constituir estressores em potencial para familiares. A

compreensão da relação entre autismo e estresse familiar não pode ocorrer com base em relações lineares entre possíveis causas e seus efeitos, de forma reducionista. (SCHMIDT, 2004).

Famílias que se encontram em circunstâncias especiais capazes de gerar mudanças no cotidiano e no funcionamento psíquico de seus membros deparam-se com uma sobrecarga de tarefas e exigências específicas que culminam em situações indutoras de estresse e tensão emocional em potencial. O estresse constitui-se como uma reação psicológica, cujas fontes podem ser oriundas de eventos externos ou internos. (FAVERO; SANTOS, 2005). Para Tunali e Power (2003), comumente as mães de crianças com autismo encontram dificuldades em prosseguir sua carreira profissional devido ao tempo excessivo que os cuidados com a criança exigem e à ausência de outros cuidadores.

O estudo de Schmidt (2004) mostra que os altos níveis de estresse encontrados nas mães de pessoas com autismo parecem estar relacionados a fatores como o excesso de demanda de cuidados diretos do filho, isolamento social e escassez de apoio social.

De acordo com Lipp e Guevara (1994), apud Favero; Santos (2005), o estresse pode provocar tanto sintomas físicos como psicológicos. Os possíveis efeitos psicológicos das reações ao estresse são: ansiedade, pânico, tensão, angústia, entre outros. O estresse dos pais de crianças autistas apareceu ligado a fatores tais como o prejuízo cognitivo da criança, a gravidade dos sintomas e as tendências agressivas do filho.

Para Schmidt e Bosa (2007,p.187):

Um dos fatores que parece estar atenuando o estresse materno e impedindo-o de avançar para fases mais agudas é justamente o apoio social que as mães relatam perceber. Não somente o apoio institucional está presente, mas também a rede de apoio familiar, já que a maior parte das mães reside com o cônjuge e outro filho. Mesmo que esta rede não contribua de modo significativo com os

cuidados diretos ao filho com autismo, pode estar contribuindo para que as mães se sintam aptas para manejar, com maiores chances de sucesso, as dificuldades comportamentais de seus filhos.

A deficiência quase sempre causará sofrimento, desconforto, embaraço, lágrimas, confusão e muitos gastos financeiros. Há muitas formas de se ter contato com a notícia da deficiência do filho. Algumas famílias sabem ainda durante a gravidez, outras logo após a realização de exames na ocasião do nascimento e outras, ainda, no decorrer do crescimento da criança (SERRA, 2010).

Após uma criança ser diagnosticada com autismo, muitos pais passam por uma fase difícil, em que são assaltados por sentimentos de choque, de descrença, de negação, de culpa, de isolamento, de incapacidade afetiva e em que encontram as suas próprias estratégias de coping que lhes permite uma perspectiva de vida mais positiva (TARAKESHWAR; PARGAMENT, 2001; KING, 2006). As estratégias de coping nas famílias com crianças autistas caracterizam-se pela atribuição de significados positivos face ao acontecimento, por uma auto-avaliação dos pais como sendo competentes e eficazes, pelo desenvolvimento do controlo perante a situação problemática (KING, 2006; KAZAC et al, 2004; BAIÃO, 2008)

A forma como é dado e como é recebido o diagnóstico de autismo é determinante para o desenvolvimento da criança. Um especialista pode anunciar a deficiência enfatizando as limitações ou as potencialidades do sujeito, e é claro que isso interfere no investimento que a família fará no filho deficiente e na forma como o tratará (SERRA, 2010).

A maior parte dos programas de terapia documenta o valor de ter pais e outros membros da família envolvidos em práticas de intervenção (Cia et. al., 2006; KOZLOWSKI, 2011). Balestro e Fernandes (2012), sugerem a partir dos estudos de Kim e Mahoney (2004), Kaiser, Hancock e Nietfield (2000), Prizant et al (2003) e Ingersoll e Dvorcsak (2010), que algumas propostas de intervenção têm relatado sucesso a partir de orientações dirigidas ao aperfeiçoamento da relação pais-filhos no sentido da ampliação das habilidades comunicativas e da redução dos comportamentos inadequados.

Parafraseando Serra (2010) é importante ressaltar também que, geralmente, quando a notícia da deficiência é dada aos pais, a criança é encaminhada para os serviços médicos de genética ou de estimulação precoce, contudo os pais não recebem o mesmo apoio e experimentam dor e solidão, não sendo encaminhados para lugar algum, a fim de receber atendimento psicológico. São obrigados, portanto, a fazer parte de grupos de apoio formados pelos próprios pais, na maioria leigos, não profissionais e que se predispõem a ajudar os outros que ainda não atravessaram o luto simbólico. Em contraste, de acordo com Prizant et al, (2006) e Boutot e Tincani, (2008) tais questões têm sido amplamente abordadas em outros países, tanto que se pode encontrar diversos manuais de orientações a pais, publicados em outras línguas.

Para Walter e Almeida (2010), o autismo geralmente leva o contexto familiar a viver rupturas por interromper suas atividades sociais normais, transformando o clima emocional no qual vive. A família se une à disfunção de sua criança, sendo tal fator determinante no início de sua adaptação. Koegel et al. (1992) ressaltam a preocupação parental com o futuro de seus filhos, com as dificuldades cognitivas e habilidades de funcionamento independente das crianças e a aceitação em suas comunidades.

Schmidt e Bosa (2007), afirmam que o alto nível de dependência de apoio da família e a carência de outras provisões de apoio geram intensos sentimentos de insegurança, ansiedade e temores em relação à condição futura da pessoa com autismo, afetando a família como um todo.

#### 5.4 O AUTISMO E A EDUCAÇÃO

O autismo infantil corresponde a um quadro de extrema complexidade, exigindo que abordagens multidisciplinares sejam efetivadas, visando não somente a questão educacional e a socialização, mas principalmente a questão médica e a tentativa de estabelecer etiologias e quadros clínicos bem definidos, passíveis de prognósticos precisos e abordagens terapêuticas eficazes (ASSUMPÇÃO; PIMENTEL, 2000). De acordo com o grau de comprometimento, a possibilidade de o autista desenvolver comunicação verbal, integração social, alfabetização e outras habilidades relacionadas, dependerá da intensidade e adequação do tratamento, mas é intrínseco à sua condição de autista que ele tenha maior dificuldade nestas áreas do que uma pessoa normal. (ALVES; LISBOA; LISBOA, 2010, p. 13)

Parafraseando Schmidt, Dell'aglio e Bosa (2006) as características clínicas da síndrome afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, suscitando aumento na necessidade de cuidado que vai exigir maior esforço dos pais e/ou cuidadores por conta do aumento da dependência, motivo pelo qual crianças com autismo, enquanto portadoras de

uma condição crônica, enfrentam dificuldades importantes no que tange à realização de tarefas comuns, próprias a sua fase de desenvolvimento.

No entanto, concordando com Alves, Lisboa e Lisboa (2010, p.13):

Superar a barreira que isola o indivíduo autista do mundo normal não é um trabalho impossível. O indivíduo autista, apesar de manter suas dificuldades, dependendo do grau do comprometimento, pode aprender os padrões de comportamento aceitos pela cultura, exercitar sua cidadania, adquirir conhecimento e integrar-se de maneira bastante satisfatória à sociedade e neste sentido o papel da escola como espaço inclusivo é mais do que fundamental, é indispensável, dependendo do quadro clínico da criança autista.

Na legislação americana a educação é responsabilidade do Estado; o atendimento médico é uma responsabilidade pessoal controlada em grande parte pela companhia de seguro. Por esse motivo, alguns defensores preferem manter o tratamento do autismo no terreno da educação, não no da medicina; até agora, as intervenções pedagógicas parecem funcionar melhor que as médicas, de sorte que a maioria dos tratamentos atuais se baseia na escola (SOLOMON, 2013).

Segundo dados da United Nations Children's Fund – UNICEF (2011) existem cerca de 24 milhões de pessoas com deficiência, sendo que 1,3 milhão têm idades entre 15 e 19 anos. Segundo o movimento apontado no período de 1998 a 2010, o número de matrículas de tais sujeitos da faixa etária indicada acima tem diminuído nas escolas especializadas e exclusivas – cerca de 75 mil matrículas – e crescido nas escolas regulares, com mais de 440 mil matrículas (DELPRETTO, SANTOS, 2013).

O direito a matrícula de alunos com necessidades especiais em escolas regulares no Brasil é garantido por lei desde a Constituição de 1988 que estabeleceu o direito à escolarização de toda e qualquer pessoa, a igualdade de condições para o acesso e para a

permanência na escola e a garantia de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 1988).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/96) de 1996 reafirmou a obrigatoriedade do atendimento educacional especializado e gratuito aos estudantes com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino. A partir dessa conquista, as práticas educacionais inclusivas ganharam força no país (BRASIL, 1996).

Dados do Censo Escolar do Ministério da Educação e Cultura (MEC/INEP) destacaram o aumento no número de matrículas de alunos com necessidades educacionais especiais de ensino em 640% nas escolas regulares contra 28% nas escolas e classes especiais, entre os anos de 1998 e 2006. Além disso, o Censo apontou o crescimento de 146% de matrículas de alunos especiais em escolas públicas regulares e 64% em escolas privadas regulares (BRASIL, 2007; GOMES, MENDES, 2010).

Concordando com Camargo e Bosa (2009), proporcionar às crianças com autismo oportunidades de conviver com outras da mesma faixa etária possibilita o estímulo às suas capacidades interativas, impedindo o isolamento contínuo, permitindo a aquisição de habilidades sociais pelas trocas que acontecem no processo de aprendizagem social. Entretanto, esse processo requer respeito às singularidades de cada criança.

A comunicação com os outros, através da linguagem, pode ser difícil. As expressões usadas podem revelar-se demasiado complexas para o autista, nomeadamente o sentido oculto das palavras, uma vez que o pensamento é concreto, não conseguindo fazer abstrações. Na linguagem de um autista podem, por vezes, surgir palavras complexas, memorizadas do ambiente que o rodeia. (BARBOSA, 2009)

Alves (2005), citando Kupfer (1999), afirma que a escola, enquanto lugar social, onde circulam diferentes discursos e onde a criança é chamada a ocupar o lugar de estudante, poderá contribuir para a retomada psíquica do sujeito, pois a escola é uma instituição poderosa: quem está na escola pode receber o carimbo de “criança”.

Diante dessas considerações, fica evidente a partir das reflexões de Camargo e Bosa (2009) que crianças com desenvolvimento típico fornecem, entre outros aspectos, modelos de interação para as crianças com autismo, ainda que a compreensão social destas últimas seja difícil. Acredita-se que a convivência compartilhada da criança com autismo na escola, a partir da sua inclusão no ensino comum, possa oportunizar os contatos sociais e permitir também o desenvolvimento das outras crianças, na medida em que estas últimas convivam e aprendam com as diferenças.

Gomes (2007) destaca que com o aumento da eficácia das estratégias de ensino que possibilitam a aquisição de habilidades básicas e que suplementam as dificuldades clássicas do transtorno, crianças com autismo têm mostrado um ganho no repertório geral e, consequentemente, tornam-se hábeis a aprender comportamentos mais complexos como aqueles necessários aos conteúdos acadêmicos.

O movimento pela inclusão de pessoas com transtornos globais do desenvolvimento, como o autismo, visto por políticas educacionais internacionais, tem ganhado destaque nas estratégias públicas nacionais, após a publicação do documento da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008).

Delpretto e Santos (2013), evidencia que no documento está a defesa por um sistema público de ensino e de qualidade aos sujeitos da educação especial. Gomes e

Mendes (2010) citam pesquisas realizadas por Serra (2004), que verificou benefícios da escolarização inclusiva no desenvolvimento de crianças, e por Rublescki (2004), em que os resultados indicaram que a escola regular promoveu o desenvolvimento de alguns aspectos dos alunos avaliados e, além disso, foram constatadas semelhanças entre o ensino regular e o ensino especial, em decorrência dos recursos de apoio utilizados com esses alunos.

Segundo Camargo e Bosa (2009), a interação com outras crianças da mesma faixa etária proporciona contextos sociais que permitem vivenciar experiências que dão origem à troca de ideias, de papéis e o compartilhamento de atividades que exigem negociação interpessoal e discussão para a resolução de conflitos. No grupo de pares emergem as regras que estruturam as atividades de cooperação e competição.

Desse modo, a qualidade das interações com iguais e a competência social influenciam-se mutuamente. São, sobretudo, através da investigação sobre as relações entre pares que se evidenciam as diferenças individuais na competência social (ALMEIDA, 1997 apud CAMARGO e BOSA, 2009). Dessa forma, os companheiros representam uma fonte de relações imprescindível, provendo um contexto adicional único e poderoso que influencia as diferenças individuais durante o desenvolvimento social de qualquer criança (CASTRO, MELO, SILVARES, 2003 APUD CAMARGO e BOSA, 2009).

Segundo Mattos e Nuernberg (2011, p.130):

Nesse âmbito, cumpre destacar que a inclusão de estudantes com deficiências no ensino regular promove um ambiente rico pela diversidade social e facilitador do desenvolvimento de todas as crianças. Nas relações concretas no contexto escolar, valores como respeito e cooperação podem ser experienciados pelas crianças quando a inclusão se efetiva. Ambientes bem planejados, que procuram se adequar às necessidades de todos os educandos compreendem a escola como meio sociocultural fundamental à constituição dos sujeitos. Se a interação social entre as crianças é indispensável para promover o desenvolvimento, cabe à escola viabilizar as possibilidades de experiências socializadoras, permitindo às crianças desenvolverem processos psicológicos superiores.

Contudo, de acordo com Milagre e Souza (2011), as escolas ainda não estão totalmente preparadas para receber esses alunos nos níveis de suas necessidades especiais, porque lhes faltam adaptação curricular, reformulação de critérios de avaliação e outras estratégias para desempenhar de forma favorável estes indivíduos. À medida que essas barreiras surgem, impedindo a frequência escolar dessas pessoas, temos uma situação que nem sempre tem a ver com os limites das pessoas com deficiência, e sim, com a má estrutura destes serviços que, na maioria dos casos, não foram planejados para atender a essa demanda.

Delpretto e Santos (2013) ainda afirmam que sob a ótica da educação especial, na perspectiva da educação inclusiva, os alunos com deficiência devem ter condições de acesso e permanência no ambiente escolar. Partindo do pressuposto do acesso do aluno com necessidades educacionais específicos à sala de aula regular apenas pela efetivação da matrícula.

Estudos nacionais indicam que, mesmo para as poucas matrícululas existentes, faltam aspectos básicos para garantir não apenas o acesso, mas a permanência e o sucesso desses alunos com necessidades educacionais especiais matriculados em classes comuns (MENDES, 2006).

Farias, Maranhão e Cunha (2008, apud ALVES, 2002), afirmam que a inclusão deve ser instituída como uma forma de inserção radical, completa e sistemática, em que as escolas devem se propor a adequar seus sistemas educacionais as necessidades especiais da clientela de alunos, todos os alunos, não se restringindo somente aos alunos com deficiência. Uma educação inclusiva pressupõe a educação para todos, não só do ponto de vista da quantidade, mas também da qualidade. O que significa que os alunos devem se apropriar

tanto dos conhecimentos disponíveis no mundo quanto das formas e das possibilidades de novas produções para uma inserção criativa no mundo.

Há denúncias graves que relatam que a experiência da inclusão sem as devidas adaptações, paradoxalmente, pode ser a mais excludente das práticas. Alunos autistas não aprendem sem um devido suporte. Eles possuem uma forma própria e se optar-se por uma educação inclusiva, ela precisará antes de tudo respeitar esta identidade da criança e a flexibilidade deverá ser crucial para o sucesso dos programas (ALVES, LISBOA, LISBOA, 2010).

A inclusão depende, acima de tudo, de convicções, compromisso e disposição política com uma transformação social, a partir de atitudes concretas, visando efetivamente a possibilidades de justiça e respeito à diferença de forma individual e coletiva (OSÓRIO, LEÃO, 2013).

Nessa perspectiva, a escola inclusiva deve estar disposta a adaptar seu currículo e seu ambiente físico às necessidades de todos os alunos, propondo-se a realizar uma mudança de paradigma dentro do próprio contexto educacional com vistas a atingir a sociedade como um todo. Dessa forma, a escola para ser considerada inclusiva deve promover as possibilidades e potencialidades de todo e qualquer sujeito, sobretudo aquele com deficiência (FARIAS; MARANHAO; CUNHA, 2008).

Assim sendo, a escola pode ser de fato um espaço de desenvolvimento da competência para crianças autistas, mas ainda é um grande desafio para os educadores, por não serem todas as crianças e adolescentes com autismo que se adaptam as salas de aula do ensino regular. Alguns alunos com autismo têm outras deficiências associadas e se adaptam melhor às escolas especiais. Dependendo do comprometimento individual de cada um,

somente uma equipe pedagógica e médica poderá avaliar cada caso (MILAGRE, SOUZA, 2011).

É relevante acrescentar que, de acordo com Alves, Lisboa e Lisboa (2010, p.10):

Os autistas possuem todas as variações possíveis de inteligência, mas nem todos estão aptos à inclusão escolar, que depende de uma série de condições da escola, de seus profissionais e da capacidade da criança. Alguns são muito inteligentes e se dão bem pedagogicamente em escolas regulares, apesar de não conseguirem se socializar, pois não entendem o mundo humano e social. Outros necessitam de outras escolas, e aqueles cuja inteligência é mais comprometida têm mais possibilidades em escolas especiais.

Dessa forma, tem-se chamado a atenção para a variedade de serviços disponíveis, desde aqueles com abordagens individuais realizadas por profissionais intensamente treinados em uma área específica, até aqueles compostos por clínicas multidisciplinares (BOSA, 2006).

Quaisquer que sejam as ações para o autismo, intervenções ou inclusão, envolvem idealmente a ação coordenada de vários profissionais, sendo um deles o educador especial, compondo uma equipe multidisciplinar. Porém, observa-se que, apesar da alta demanda por este tipo de atendimento, não há um preparo adequado destes professores para intervirem com crianças que apresentam características de autismo dentro da escola (BERTAZZO; SCHMIDT, 2011). É preciso resgatar, que os médicos foram os primeiros que despertaram para a necessidade de escolarização e inserção social dessa clientela que se encontrava misturada nos hospitais psiquiátricos, sem distinção de idade, classe social, cor ou sexo, principalmente com caso de deficiência mental, abrindo-se espaço na construção de uma nova identidade para o paciente. (MILAGRE; SOUZA, 2011).

Mendes (2006) chama a atenção para evidências da precariedade do ensino especializado nos países pobres e em desenvolvimento que estimularam o consenso sobre a necessidade de concentrar esforços para atender as necessidades educacionais de inúmeros alunos até então privados do direito de acesso, ingresso, permanência e sucesso na escola básica.

Logo, a escola deve conhecer as características da criança e prover as acomodações físicas e curriculares necessárias; treinar os profissionais continuamente e busca de novas informações; buscar consultores para avaliar precisamente as crianças; preparar programas para atender a diferentes perfis visto que os autistas podem possuir diferentes estilos e potencialidades; ter professores cientes que inclusive a avaliação da aprendizagem deve ser adaptada, entre outras características (ALVES, LISBOA e LISBOA, 2010, p.12).

Por fim, concordando com Mattos e Nuernberg (2011, p.11):

A diferença é inerente à condição humana e sua valorização é fundamental para a educação, com vistas a inserir todas as crianças nas relações sociais. A inclusão visa à modificação dos contextos sociais como pré-requisito para possibilitar o desenvolvimento pessoal e social das crianças com deficiências, garantindo possibilidades de exercício da cidadania. Com o investimento em processos inclusivos, pretende-se uma ampliação nas possibilidades de participação das pessoas com deficiência ao convívio social, sem segregá-las em instituições especiais, mas contribuindo para legitimá-las como cidadãos. Para tanto, o trabalho interdisciplinar é indispensável e a parceria da educação com a psicologia demonstrou como essa experiência pode ser muito profícua.

## 5.5 NARRATIVAS DOCENTES SOBRE O MÉTODO TEACCH

As narrativas docentes comportam diversos questionamentos no tocante a aplicabilidade do método, denotando um entendimento superficial as características essências acerca da interface entre o ensinar e a eficácia da aprendizagem. O que é perceptível é que uma das faces das narrativas se apresenta como discurso fragmentado, em outras, aparecem como em construção contínua, em meio a ansiedade e problemas do próprio *lócus* de atuação. Além disso, é por meio dessas defraudações nítidas, que se dão a conhecer, primeiro para seus interpretantes-narradores e só depois para o intérprete.

As narrativas também confrontam traços factuais vividos na tensão entre as expectativas ao método, como lançar limitadas intervenções a partir do que eles próprios dispõem como conhecimento. Vejamos o que nos relata a docente, escutada: C.R.F.S,40 anos, graduada em pedagogia, 10 anos de serviço na creche pré-escola lecionando no Infantil III “*sempre tive uma grande dúvida [...] eu acho que muitos professores [...] tinha medo [...] angústia [...], uma coisa que me deixava a pensar, uma dúvida que eu tinha [...] fico tentando acertar...[...] o método é algo novo para mim, é difícil[...] mais, me abriu um leque de possibilidades*” (SUJEITO 1)

A narradora faz um parâmetro reflexivo entre os atos da sua vida profissional, adstrita ao método, relacionando-a as inquietações em entender sua prática. Seu discurso é conflitivo no manejo da técnica. A docente reconhece a potencialidade do método, mas sente a deficiência no tocante as intervenções propostas pelo mesmo, isso confronta sua atuação com as limitações parciais no desenvolvimento da logística proposta ao método.

Como observamos, torna-se aparente, no discurso desta docente, que, ao ser escutada, diz o que sente e quer sentir, reconhece o autista, o método, mas não consegue dominá-la pelo exercício do seu ofício. Eis a busca da verdade de Foucault (1998) frente às adversidades geradas pelo conflito teórico e prático.

Outro depoimento da docente R.F.M, 32 anos, graduada em pedagogia com especialização em aprendizagem, 04 anos de serviço na creche pré-escola, lecionando no Infantil II. Ela expressa a relação conflituosa entre as adversidades geradas pelo falta de um conhecimento apropriado ao método: “*foi novidade para mim na minha área [...] eu nunca tinha ouvido falar na minha área de [...] quero conseguir dominá-lo melhor [...] o entendimento é complicado. É falta de conhecimento, medo, angústia, por não ter profundo conhecimento. Temo não conseguir ajudar esses alunos*” (SUJEITO 2).

O espectro autista trava um dissabor excessivo e incômodo com o tempo da docente, no sentido de reconduzir suas estratégias educacionais a situação vivida, então questiona uma diversidade de fatos e episódios que lhe são insatisfatórios para estabelecer um elo comparativo entre o que é e o que é não está sendo. Por fim, há a incessante busca de uma verdade, de uma resposta àquilo que é considerado inexplicável a sua conduta profissional. Nessa linhagem, a docente cria um objeto, uma enunciação própria e peculiar ao seu estado de confrontação com a realidade que, para ela, é capaz de nortear o desnorteado. Assim, a docente enquanto intérprete é a pessoa a quem é direcionado este enunciado, para ser traduzido a uma simbologia que proporcione compreensão ao autista, bem como para ser transformado no discurso pedagógico, dando relevo incondicionado à necessidade de conhecer o método.

A docente J.C.S.L, 43 anos, graduada em pedagogia, 14 anos de serviço na creche pré-escola, lecionando no Infantil III relata: “*eu já tinha escutado, já tinha lido mais nunca tinha trabalhado [...] às vezes você fica querendo algo diferente, que ajude [...] esse método parece ser bom [...] mais fico confusa, ansiosa quando vou aplicá-lo. Me sinto frustrada. Talvez a deficiente seja eu e não ele*” (SUJEITO 3).

A docente E.K.S.F, 28 anos, graduada em pedagogia, 08 anos de trabalho na creche pré-escola, lecionando no Infantil II revela que: “[...] *eu sempre fui muito curiosa, eu vinha buscando é [...] artigos sobre autismo [...] tem coisas que a gente não pode perguntar a uma leitura, a capacitação ajudou bastante [...] o método é interessante, nunca tinha sido utilizado aqui na creche-escola. Reconheço sua importância, todavia não sei se me sinto capaz.*” (SUJEITO 4)

Assim, as narrativas denotam a ideia criada em torno do método, conferindo-lhe um caráter de incerteza e dúvida. Esses sentimentos causam temor e irresignação por parte dos docentes. Destaca-se, portanto, a necessidade de aprofundar estudo-informação em torno dos princípios que regem o método, bem como sua aplicabilidade.

O termo ‘todavia’ utilizado pela docente E.K.S.F, denota situações concretas e cheias de dificuldades para entender o método e, por sua vez, oferece, aos mesmos, os sinais para realizar o exercício interpretativo. Como vemos, Foucault (1998) é pontual em enfocar o dito e o interdito como fontes subsidiadoras das narrativas frágeis em argumentação.

Nessa direção, os docentes que nos cedem suas narrativas mostram como a retórica do transtorno e suas intervenções, acoplada a aplicabilidade do método, contam e

(re)contam histórias, capazes de determinar, os pontos mais deficientes as formas de interpretação da ação pedagógica ao autismo.

É possível perceber nas narrativas, recortes de conceitos, de expectativas, de perspectivas de aprendizagens. Estas indagações são estendidas ao longo do discurso, à medida que a fala se desenvolve naturalmente. Todavia, estas respostas encontram-se camufladas pelo modo particular de cada docente dizer as coisas, que, ao final, fundem-se em terminologias comuns à classe e condição profissional em que estão inseridos. Nesse sentido, os sujeitos em suas narrativas apontam dificuldades pela falta do conhecimento em relação ao método.

Na fusão destas informações, identificamos uma memória, um consenso coletivo acerca do método TEACCH, oportunidade em que foi possível asseverar como as pessoas depreendem o método como “ferramenta que trata”, sem, contudo, ter uma noção mais segura do que efetivamente ela venha a ser. Essa percepção está associada à precariedade de informação sobre o autismo.

Nessa direção, ainda é possível retirar das narrativas dos docentes informações peculiares sobre a visão acerca do comportamento autista na relação com eles travada, sobretudo em detrimento ao método. *“é um modo de fazer, é um ‘tratamento que a escola pode fazer’”* *“é um apoio”* [...] *“não sei ao certo, mais é uma coisa que provoca reciprocidades”* (SUJEITO 4).

Em contraponto a esta consciência sobre a (in)capacidade de lidar com o método, surge o posicionamento de perceber o que é autismo, ou o que suas narrativas formulam a despeito do que está sendo dito sobre isso. Então os docentes reivindicam a sua vontade de

verdade no plano discursivo, para quererem ser escutados pela direção da escola, com o intuito de provocar ressignificações a prática.

É perceptível, a forma como os docentes escutados percebem o alcance do método, entre si e em face de seu contexto educacional. A maneira como conceituam, sempre lhe dando um nomenclatura diversa do que efetivamente possui, é um traço particular. Chamam-na de “tratamento”, “apoio”, aprendizagem”, porque foi assim que aprenderam a referenciar o método.

Dessa forma, por meio das narrativas, desenham-se formas de vivências, dando significado ao que a memória evoca como manifestações de seu percurso enquanto portadores de um déficit que marca a sua história profissional, de sua “vontade de verdade”. Nesta perspectiva, a narrativa encontra um conjunto de palavras que, associadas, cartografam a oralidade de certas concepções sobre o lidar com o autismo.

Percebemos, ainda, através das palavras-chave (angústia, dúvidas, complicações, frustração) empregadas nas narrativas dos docentes, elementos indicadores do que seria o comportamento autista, mediante o seu grau de envolvimento emocional, assim como o estresse manifestado durante a estada na escola.

Neste contexto, os docentes confundem dor com sofrimento, da mesma forma que confunde as partes essenciais do método. Este fator está, intimamente, ligado ao fato de os docentes não possuírem subsídios fortalecedores no traduzir o raciocínio diagnóstico, para referendar, efetivamente, a dor e o sofrimento psíquico, e então os associa ao que é emblemático: “é muito complicado entender tudo isso [...] é preciso tempo[...]” (SUJEITO 3).

Este estágio de tensão provoca um rebaixamento ao comunicar desejos, necessidades, e ao traduzir enunciados sobre as expectativas com relação ao método:

Nesse contexto, os déficits gerados no método, oportuniza pela narrativa a possibilidade dos docentes realizarem dois objetivos: o preenchimento das dúvidas e o apelo à verdade através do dito, tornando o discurso vivo. A construção de um (re)pensar, fundamental a mudança da práxis: “é preciso mudar[...] não dá para ficar só brincando [...] acham que é uma criança que não sabe nada, que não entende ‘Leco Creco’ [...] esses meninos pedem muito mais que isso [...] dizem as pessoas, que eles não sabem amar [...] todavia eu discordo, são mais inteligentes do que pessoas que todo mundo chama de normal” (SUJEITO 4)

A narrativa neste território ganha, então, seu *status* de enunciação, projetando o sujeito frente a frente, como se funcionasse como um espelho, através do exercício do confronto de máscaras, naquilo que perfaz conhecimentos, ideias e contato com a realidade.

A enunciação, todavia, é a escritura das histórias vividas, em detrimento do testemunho do que é ali posto à prova, através da contraposição entre o saber educacional e o saber do senso comum.

A estrutura oral do discurso dos sujeitos da investigação comporta um número de modalidades linguísticas que são o ponto de abordagem específica da narrativa assim disposta, sobretudo por conter enunciações sob a forma de denuncia, as quais dão corpo e personalizam suas palavras na tradução do sofrimento, dor, angústia, tristeza e vontade de aprender que chegam a estabelecer a palavra “conhecimento” um redimensionamento mitigado por novos aportes de entendimento sobre o ensino e a aprendizagem ao método. Assim é que as narrativas citadas passam a exercer uma finalidade demasiadamente

importante na vida dessas pessoas, sobretudo por identificar em si próprio o aspecto vivencial com o método, gerando, assim, uma referência a partir do seu cotidiano, da sua realidade fática.

Inclusive, e de modo bastante frequente, à guisa da disposição terminológica destes docentes, temos que o método em si é encarado como algo ainda não totalmente conhecido.

Nessa perspectiva, a fragmentação das narrativas centra-se na retração da realidade aos olhos da verdade da vida como ela é, *in locu*, sem meias palavras. Tal como é observado nos demais fragmentos que compõem as seguintes narrativas:

*“Existe esse método. Mais isso custa tempo”*. *“Tenho medo do que possa acontecer quando chegar um para mim”* entretanto *“queria me sentir segura”* (SUJEITO 2)

*Por isso “queria conversar com alguém que entendesse”, “tem hora que quero saber ajudar esses meninos”, mas “como?”*. *“Não sei o que acontece com eles”*, *“Fico pensando nas mães[...]"* (SUJEITO 4)

*“O que esteve aqui, não falava [...] e repetia sempre os mesmos gestos”* ( SUJEITO 4).

*“Isso dói tanto”* porque *“vamos deixar isso acontecer”*. *“Eu queria falar da minha deficiência em ajudá-lo”* (SUJEITO 3).

*“Desejo ver esses alunos fazendo alguma coisa, aí a gente fica aliviada”* (SUJEITO 3).

Ressalte-se que estas narrativas refletem o consenso coletivo emanado as expectativas perante o método. Há de se referendar que o método, na atmosfera destes docentes, é vista como um índice, uma direção, que o fazem identificá-lo a partir do contatos estabelecidos com a prática docente.

O que ocorre, em verdade, é a incidência de uma ‘desordem’ no discurso do docente, ocasionada pela intensidade de dúvidas que levam a uma sequela e em seguida a uma estabilização da ‘ordem’ do seu discurso perante as afinidades de interfaces provocadas no e pelo contato com os interlocutores.

Esse estado de reflexão existencial é que impulsiona o desejo demasiado dos docentes de serem capacitados, compreendidos e acolhidos, e que, de igual modo, demarca a ordem e a desordem do seu discurso, através de uma retórica articuladora da angústia do querer apreender sobre o desconhecido. Nesse instante, verdade e realidade se perfazem como mecanismos de escutas, subsidiadas por senhas que dão acesso ao (re) contar sua história, no explicitar como a aplicabilidade do método lhes afligem, lhe fragilizam e lhe possibilitam gestar novos conhecimentos.

As narrativas docentes, portanto, passam a figurar como uma pintura no contexto da prática docente, notadamente pelo fato de que a necessidade imperiosa de dizer traduz o interdito nas entrelinhas de uma fala que se auto-interpreta e que, ato contínuo, é exteriorizada e criativa no buscar uma escuta, um sentido para a semântica de palavras ávidas pela gestão do incomodo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A partir das respostas colhidas através das narrativas dos docentes no estudo, configura-se que o método TEACCH apresenta-se como uma ferramenta pedagógica que somada às experiências profissionais resultam numa construção positiva.

Os fragmentos das narrativas das docentes perpassa o receio e a angustia em lidar com o desconhecido, como também a evidência de que não houve na trajetória acadêmica de graduação e pós-graduação das participantes da pesquisa a aquisição de nenhum conhecimentos teóricos e/ou práticos que fosse capaz de servir como intervenção com crianças do espectro autista.

A nível de sugestões para a intervenção do autismo no campo da disposição prática, temos que a proposta a ser executada consiste em uma sequência sistemática de ações as quais compreendem a forma estrutural de rever e repensar a maneira de abordar o fenômeno.

Em relação à qualificação dos profissionais da área de educação, temos que é imperiosa, precipuamente, a necessidade de se preparar o profissional para ofertar uma interpretação significativa no processo ensino/aprendizagem da criança autista, sobretudo em razão da sua condição de estranhamento com os métodos propostos, e no conduzir e amalgamar estratégias mais próximas da realidade circundante.

Mediante as informações coletadas em nossa pesquisa, percebemos ser esta qualificação preparatória crucial no reconhecimento das dúvidas e questionamentos gerados pela prática. Elas carecem de uma contrapartida, que é essencialmente destinada ao profissional que deve interpretá-la e libertá-las do seu aprisionamento.

Paralelamente, há que se estabelecer uma estrutura informacional oriunda das narrativas nos campos da saúde mental e educação, no sentido de vislumbrar uma perspectiva futura de suprimento das falhas continuamente. Dessa maneira, o aparato proposto pelo método TEACCH, suscita o pensar, o agir e o capacitar docentes em uma prática mais comprometida com os sujeitos envolvidos. Essa preocupação do profissional com o outro naquilo que é efetivamente vivido é o que fomenta o processo ético humanista na educação.

Seguidamente, o enquadramento social e educacional da produção coletiva vem a arrematar a preocupação com a inclusão social. Nesse sentido, há que se estabelecer um contato recíproco com os conteúdos de outras instituições com vistas a estabelecer uma verdadeira transdisciplinaridade no campo de interfaces ao autismo.

Todavia, o método a ser aplicado deve valorizar e impulsionar a interpretação profissional ofertando uma contrapartida aos docentes, no preencher as lacunas do conhecimento em sua tradução quotidiana. Também, há que se estabelecer uma precisão nas linguagens e um nivelamento das terminologias conforme a estrutura de inserção de práticas significativas.

Assim, o reconhecimento das enunciações próprias dos docentes com o intuito de melhor compreender os deslindes do ensino e da aprendizagem, vem a corroborar com a proposta de aproximação da teoria com a uma prática planejada e implementada através do respeito ao outro.

Este reconhecimento deve basear-se no entendimento e compreensão das palavras próprias dos interlocutores, advindas da convivência, através de um trabalho de nivelamento das relações da patologia com os problemas de exclusão e carência de escuta.

De um modo mais abrangente, parcerias devem ser seladas com outras instituições, no sentido de ampliar a gestão do conhecimento, promovendo uma aliança pautada num olhar que focaliza a hibridez das escrituras de pertencimento dos conhecimentos circularizados de uma instituição a outra, no que se acredita ser a polifônica do diálogo.

Como vimos o que circulariza o corpo destas sugestões é a prática de oferecer o conhecimento aos docentes, com ênfase na tradução simbólica produzida pelos incômodos. Trata-se, assim, de se pensar o autismo com olhar refletido para os conhecimentos e práticas das verdades dos discursos ditos “humanos”, para acionar outros pólos cognitivos para conhecer e viver, para projetar e fazer acontecer formas de pensar e viver a condição humana. E se não é possível afastar por completo as armadilhas do pensamento redutor, assumamos o paradoxo do conhecimento humano sempre incerto, parcial, inacabado. Talvez assim a ciência se comprometa mais com o aqui e agora assumir a ciência como uma leitura do mundo parcial e como uma meia-verdade é um passo importante para alimentar o diálogo com outras meias-verdades contidas nas constelações de saberes outros, não científicos. (ALMEIDA, 2003)

## REFERÊNCIA

ADOLPHS, R. Cognitive neuroscience of human social behavior. **Nat. Rev. Neurosci.** 2003, 4: 165–178.

ALMEIDA, A. **As relações entre pares em idade escolar. Um estudo de avaliação da competência social pelo método Q-sort.** Tese de Doutorado, Universidade do Minho, Portugal, 1997.

ALMEIDA, MCX. As artes da nova ciência. In: ALMEIDA MCX, KNOBB M, ALMEIDA AM. **Polifônicas ideias:** por uma ciência aberta. Porto Alegre: Sulina; 2003. p. 31.

ALVES, C N. **Educação inclusiva no sistema regular de ensino** - O caso do município do Rio de Janeiro. Educação Inclusiva no Brasil. Banco Mundial, Cnotinfor Portugal, 2002.

ALVES, MD. **As representações sociais dos professores acerca da inclusão de alunos com distúrbios globais do desenvolvimento.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade de Santa Maria – UFSM, 2005.

**ALVES, MMC.; LISBOA, DO.** Autismo e inclusão escolar. In. **IV Colóquio Internacional Educação Contemporaneidade.** Laranjeiras-SE. Disponível em: [http://www.educonufs.com.br/ivcoloquio/cdcoloquio/eixo\\_11/e11-25a.pdf](http://www.educonufs.com.br/ivcoloquio/cdcoloquio/eixo_11/e11-25a.pdf)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **DSM-IV.** Washington (DC): APA; 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (APA) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).** Washington: APA; 1994.

AMIR, R.E, VAN DEN VEYVER, I.B., WAN, M., TRAN, C.Q, FRANCKE, U., ZOGHBI, H.Y. Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2. **Nat Genet** 1999;23:185-8.

ASSOULINE, M. Hommage aux équipes spécialisées en autisme qui accompagnent des jeunes aux handicaps variés : artistes atypiques ou « situations complexes. **Let Psy**, 2008, 4: 2.

ASSUMPÇÃO JR; FB; SPROVIERI MHS. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arq Neuropsiquiatr**; 2001; 59(2-A):230-237.

ASSUMPÇÃO JR; FRANCISCO B; PIMENTEL, Ana Cristina M. Autismo infantil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2000, 22, supl. 2: .37-39

AUTISM SPEAKS. **Treatments & therapies**. Disponível em:  
<http://www.autismspeaks.org/family-services/tool-kits/100-day-kit/treatments-therapies>.

BAIÃO, CF. **Aliança Parental e Estilos Parentais em Famílias com e sem crianças autistas**. Dissertação. Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2008.

BAIRD, G; SIMONOFF, E; PICKLES, A; CHANDLER, S; LOUCAS, T; MELDRUM, D. et al. Prevalence of Disorders of the Autism Spectrum in a Population Cohort of Children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). **Lancet**. 2006; 368:210-5.

BALESTRO, JI; FERNANDES, FDM. Questionário sobre dificuldades comunicativas percebidas por pais de crianças do espectro do autismo. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, 2012, 17(3).

BARBOSA, HFA. **Análise do recurso a novas tecnologias no ensino de autistas.** Dissertação de Mestrado. Curso de Engenharia Informática. Instituto Politécnico do Porto. Instituto Superior de Engenharia do Porto, 2009.

BARON-COHEN, S. Autism: The empathizing-systemizing (E-S) theory. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 2009; 1156, 68-80.

BARON-COHEN, S. The development of a theory of mind in autism: deviance an delay? **Psychiatr Clin North Am**, 1991;14(1):33-52.

BARON-COHEN, S., JOLLIFFE, T., MORTIMORE, C.; ROBERTSON, M. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 1997, 38, 813-822.

BARON-COHEN, S., RING, H. A., WHEELWRIGHT, S., BULLMORE, E. T., BRAMMER, M. J., SIMMONS, A., & WILLIAMS, S. C. (1999). Social intelligence in the normal and autistic brain: An fMRI study. **European Journal of Neuroscience**, 1999, 11, 1891-1898.

BARON-COHEN, S., RING, H., CHITNIS, X., WHEELWRIGHT, S., GREGORY, L., WILLIAMS, S., BULLMORE, E. FMRI of parents of children with Asperger syndrome: A pilot study. **Brain and Cognition**, 2006, 61, 122\_130.

BARON-COHEN, S., WHEELWRIGHT, S., HILL, J., RASTE, Y.; PLUB, I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 2001, 42, 241-251.

BARON-COHEN, S..**The essential difference:** Men, women and the extreme male brain. London, UK: Penguin. 2003

BARUTH, J.M; WALL, C.A.; PATTERSON, M.C., JD Port. Proton magnetic resonance spectroscopy as a probe into the pathophysiology of autism spectrum disorders (ASD): a review. **Autism Res**, 2013, (1).

BAUER, M; W; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BERTAZZO, JB; SCHMIDT, C. **atendimento ao autismo: a experiência de egressas do curso de educação especial.** Disponível em:

<http://www.educasul.com.br/2011/anais/formacao/Carlo%20Schmidt.pdf>

BETANCUR, C. Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders: More than 100 genetic and genomic disorders and still counting. **Brain Res**. 2011, 1380, 42-77.

BOSA, C. **Autismo:** atuais interpretações para antigas observações. Disponível em:  
<http://peadinclusao.pbworks.com/f/palestracleonice.pdf>.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**. 2000, 13(1).

BOSA, CA. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2006, 28 (1) .

BOUTOT EA, TINCANI M. Autism spectrum disorders handouts: what parents need to know. **Texas: Pro-Ed**; 2008.

BOYATZIS, C. J.; SATYAPRASAD, C. Children's facial and gestural decoding and encoding:Relations between skills and with popularity. **Journal of Nonverbal Behavior**, 1994; 18, 37-55.

BRASIL, M.S. Portal da Saúde. MS habilita 74 centros especializados em reabilitação. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). 2013.

BROCK, J; BROWN, CC; BOUCHER, J; RIPPON, G. The temporal binding deficit hypothesis of autism. **Dev Psychopathol**, 2002, 14, 209–224.

CAGLAYAN, A. O. Genetic causes of syndromic and non-syndromic autism. **Dev. Med. Child Neurol**, 2010, 52(2), 130-138.

CALLAHAN, K., HENSON, R. K.; COWAN, A. K. Social validation of evidence-based practices in autism by parents, teachers, and administrators. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2008;38, 678–692.

CAMARGO, S.P.; BOSA, C.A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, Apr. 2009.

CARPER R, COURCHESNE E. Inverse correlation between frontal lobe and cerebellum sizes in children with autism. **Brain**. 2000;123:836-44.

CARPER, R, MOSES, P, TIGUE, Z, COURCHESNE, E. Cerebral lobes in autism: early hyperplasia and abnormal age effects. **Neuroimage**. 2002;16:1038

CASANOVA, M.; BUXHOEVEDEN, D.; BROWN, C. Clinical and macroscopic correlates of minicolumnar pathology in autism. **J Child Neurol**.2002;17:692.

CASANOVA, M.F.; BUXHOEVEDEN, D.P.; SWITALA, A.E.; ROY, E. Minicolumnar pathology in autism. **Neurology**. 2002;58:428-32.

CASANOVA, MF; BUXHOEVEDEN, DP; COHEN, M; SWITALA, AE; ROY, EL. Minicolumnar pathology in dyslexia. **Ann Neurol** 2002;52:108-10.

CASTRO, R. E. F., MELO, M. H. S.; SILVARES, E. F. M. O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, 16, 309-318.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION(CDC). Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites. **Surveillance Summaries**; 2002,56(1):12-28.

CHAWARSKA, K.; CAMPBELL, D.; CHEN, L.; SHIC., F; KLIN, A.; CHANG, J. Early generalized overgrowth in boys with autism. **Arch Gen Psychiatry**. 2011; 68:1021–31

COELHO, J.I.N. **Genética molecular das perturbações do espectro do autismo: análise de variantes estruturais**. Dissertação. Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa, 2012.

COHEN, S.; WARREN, R. *Despite care principles, programs and policies*. Austin: Pro-Ed, Incorporation. 1985.

CORREIA, N.M.; VASCONCELOS, M.O.; SILVA, M.A. **Estudo Exploratório dos Níveis de Coordenação Motora em Indivíduos com Perturbações do Espectro do Autismo**. Dissertação. Mestrado em Ciência do Desporto. Porto, 2006.

COURCHESNE, E; KARNS, CM; DAVIS, HR; ZICCARDI, R; CAPER, RA; TIGUE, ZD. et al. Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: an MRI study. **Neurology**. 2001;57:245-54.

COURCHESNE, E; CAMPBELL, K; SOLSO, S. Brain growth across the life span in autism: age-specific changes in anatomical pathology. **Brain Res**, 2011, 1380, 138–145.

DECETY, J.; MORIGUGGI, Y. The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. **BioPsychoSocial Medicine**, 2007, 1

D'ELIA, L.; VALERI, G.; SONNINO, F.; FONTANA, I.; MAMMONE, A.; VICARI, S. **Erro! A referência de hiperlink não é válida..Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2013.

DELPRETTO, BML; SANTOS BCC. Um contexto em transformação político-pedagógico: a articulação entre uma escola regular e um centro de atendimento educacional especializado. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47, set./dez. 2013

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

DSM-IV. Pervasive Developmental Disorders. In: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994, 65-78

DUERDEN, EG; MAK-FAN, KM; TAYLOR, MJ; ROBERTS, SW. Regional differences in grey and white matter in children and adults with autism spectrum disorders: an activation likelihood estimate (ALE) meta-analysis. **Autism Res**, 2012, 5, 49–66.

EIKESETH, S. Outcome of comprehensive psychoeducational interventions for young children with autism. **Research in Developmental Disabilities**, 2009, 30, 158–178

ELFENBEIN, H. A., FOO ,M. D.,WHITE, J., TAN, H. H., & AIK, V. C. Reading your counterpart: The benefit of emotion recognition accuracy for effectiveness in negotiation. **Journal of Nonverbal Behavior**, 2007; 31, 205\_223

FARIAS, IMd; MARANHAO, RVdA; CUNHA, ACBd. Interação professor-aluno com autismo no contexto da educação inclusiva: análise do padrão de mediação do professor com base na teoria da Experiência de Aprendizagem Mediada (Mediated Learning Experience Theory). **Rev. bras. educ. espec.**, 2008, 14(30).

FARR, R.M. Interviewing: the social psychology of the inter-view. In: Fransella F, editor. **Psychology for occupational therapists**. London: Macmillan; 1982. p. 151-70.

FAVERO, MAB; SANTOS, MA. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, 2005, 18(3).

FERNANDES, FD; AMATO, CA; BALESTRO, JI; MOLINI-AVEJONAS, DR. Orientação a mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. **J Soc Bras Fonoaudiol.** 2011;23(1):1-7.

FERNANDES, FDM. Terapia de linguagem com crianças do espectro autístico: um estudo transversal. **J Bras Fonoaudiol.** 2003 jun; 8(1): 25-36.

FERREIRA, ECV. **Prevalência de autismo em Santa Catarina:** uma visão epidemiológica contribuindo para a inclusão social [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

FIDLER, D, BBAILEY, J, SMALLEY, S. Macrocephaly in autism and other pervasive developmental disorders. **Dev Med Child Neurol.** 2000;42:737-40.

FOMBONNE, E; ROGE, B; CLAVERIE, J; COURTY, S; FREMOLLE, J. Microcephaly and macrocephaly in autism. **J Autism Dev Disord.** 1999;29:113-9.

FOMBONNE, E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. **J Autism Dev Disord.** 2003;33(4):365-82.

FOMBONNE, E. Past and future perspectives on autism epidemiology. In: Moldin SO, Rubenstein JLR. **Understanding autism:** from basic to treatment. Florida: RCR Press; 2006. p.25-45.

FOMBONNE, E; ROGE, B; CLAVERIE, J; COURTY, S; FREMOLLE, J. Microcephaly and macrocephaly in autism. **J Autism Dev Disord.** 1999;29:113-9

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola; 1996.

FOUCAULT, M. **L'Ordre du discours.** Paris: Gallimard; 1971.

FRANCKE, J.; GEIST, E. A. The effects of teaching play strategies on social interaction for a child with autism: A case study. **Journal of Research in Childhood Education,** 2003; 18, 125–140.

FRAZIER, TW; HARDAN, A.Y. A meta-analysis of the corpus callosum in autism. **Biol Psychiatry,** 2009,66, 935–941.

GADIA, C. A., TUCHMAN R., ROTTA, N.T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria,** 2004, Supl/S83.

GALLESE, V., KEYSERS, C.; RIZZOLATTI, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. **Trends in Cognitive Sciences,** 2004; 8, 396-403.

GANCHO, C.V. **Como analisar narrativas.** 7<sup>a</sup> ed. São Paulo: Ática; 2003

GILLBERG, C. Infantile autism: diagnosis and treatment. **Acta Psychiatr Scand.**, 1990.

GILLBERG, C. Autism and pervasive developmental disorders. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 1990, 31, 99-119

GILLBERG, C., COLEMAN, M. **The Biology of the Autistic Syndromes**. New York: MacKeith Press; 1992.

GOLDBERG, K. **A percepção do professor acerca do seu trabalho com crianças portadoras de autismo e síndrome de down: um estudo comparativo**. Dissertação de mestrado de psicologia, 2002. p. 41-42

GOMES, CGS. Autismo e ensino de habilidades acadêmicas: adição e subtração. **Rev. bras. educ. espec.**, 2007, 13(3).

GOMES, CGS; MENDES, EG. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. **Rev. bras. educ. espec.**, 2010, 16(3).

GREEN, M. F., OLIVIER, B., CRAWLEY, J. N., PENN, D. L., & SILVERSTEIN, S. Social cognition in schizophrenia: Recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. **Schizophrenia Bulletin**, 2005; 31,882\_887.

GREEN, V.A.; PITUCH, K.A; ITCHON, J; CHOI, A; O'REILLY, M; SIGAFOOS, J. Internet survey of treatments used by parents of children with autism. **Research in Developmental Disabilities**, 2006, 27,70–84

HALLET, M, LEBIEDOWSKA, M, THOMAS, S, STANHOPE, S, DENCKLA, M, RUMSEY, J. Locomotion of autistic adults. **Arch Neurol**.1993;50:1304-8.

HERMELIN, B.; O'CONNOR, N. **Psychological experiments with autistic children.** New York: Pergamon, 1970

HESS, K. L., MORRIER, M. J., HEFLIN, L. J.; IVEY, M. L. Autism treatment survey: Services received by children with Autism Spectrum Disorders in public school classrooms. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2008; 38, 961–971.

HIRSCHFELD L, BARTMESS E, WHITE S, FRITH U. Can autistic children predict behavior by social stereotypes? **Curr Biol**. 2007; 17(12):R451-2

INGERSOLL, B; DVORCSAK, A. **Teaching social-communication:** a practitioner's guide to parent training for children with autism. New York: Guilford Press; 2010.

INTERNATIONAL MOLECULAR GENETIC STUDY OF AUTISM CONSORTIUM. A full genome screen for autism with evidence for linkage to a region on chromosome 7q. **Hum Mol Genet**, 1998;7:571-8

KAZAC, A. E., MCCLURE, K.S., ALDERFER, M.A., HWANG, W., CRUMP, T.A., LE, L.T., DEATRICK, J., SIMMS, S.; ROURKE, M.T. Cancer-related parental beliefs: the family illness beliefs inventory (FIBI). **Journal of Pediatric Psychology**, 2004, 29: 531-542.

KIELINEN, M; LINNA, SL; MOILANEN, I. Some aspects of treatment and habilitation of children and adolescents with autistic disorder in Northern-Finland. **International Journal of Circumpolar Health**, 2002, 61 (Suppl. 2), 69–79

KIM JM, MAHONEY G. The effects of mother's style of interaction on children's engagement: implications for using responsive interventions with parents. **Top Early Child Spec Educ.** 2004;24(1)31-8.

KING, G.A.; ZWAIGENBAUM, L.; KING, S.; BAXTER, D.; ROSENBAUM, P; BATES, A. A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or down syndrome. **Care, Health & Development.** 2006, 32 (3) 353-369.

KLIN, A, LONES, W, SCHULTZ, R, VOLKMAR, F, COHEN, D. Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. **Arch Gen Psychiatry.** 2002; 59:809-16.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** 2006; 28, 3 -11.

KOEGEL, R. L.; SCHREIBMAN, L.; LOOS, L. M.; DIRLICH-WILHELM, H.; DUNLAP, G.; ROBBINS, F. R.; PLIENIS, A. J. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 1992, 22 (2), 205-215.

KOGAN, MD; BLUMBERG, SJ; SCHIEVE, LA; BOYLE, CA; PERRIN, JM; GHANDOUR, RM. ET AL. The prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. **Pediatrics.** 2009; 124:1395-403.

KOZLOWSKI, AM; MATSON, JL; HOROVITZ, M; WORLEY, JA; NEAL, D. Parents' first concerns of their child's development in toddlers with autism spectrum disorders. **Dev Neurorehabil.** 2011;14(2):72-8.

KUPFER, Maria Cristina M. Freud e a educação, dez anos depois. **Revista da associação psicanalítica de Porto Alegre,** Porto Alegre. n.16, p. 14-26, 1999.

KWEE, CS; SAMPAIO, TMM; AATHERINO, CCT. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH / Autism: a transdisciplinary approach based on TEACCH program. **Rev. CEFAC;** 2009, 11(supl.2): 217-226.

LAI, M.-C. ; LOMBARDO, M.V. ;BARON-COHEN, S. Autism. **The Lancet**, 2013, 2(4).

LAINHART, JE; PIVEN, J; WZOREK, M; LANDA, R; SANTAGELO, SL; COON, H. et al. Macrocephaly in children and adults with autism. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**. 1997;36:282-90.

LAROI, F., FONTENEAU, B., MOURAD, H.; RABALLO, A. Basic emotion recognition and psychopathology in schizophrenia. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 2010; 198, 79\_81..

LEBOVICI S, DUCHÉ DJ. Os conceitos de autismo e psicose na criança. In: MAZET P, LEBOVICI S. **Autismo e psicoses na criança**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 11-9.

LELLORD, G, SAUVAGE, D. **L'autisme de l'enfant**. Paris: Masson Eds.; 1991.

LEPPANEN, J. M., HIETANEN, J. K. (Emotion recognition and social adjustment in schoolaged girls and boys. **Scandinavian Journal of Psychology**. 2001; 42, 429-435.

LEYFER, O. T., FOLSTEIN, S. E., BACALMAN, S., DAVIS, N. O., DINH, E., MORGAN, J., FLUSBERG, H. T.; LAINHART, J. E. Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. **J. Autism Dev. Disord.**, 2006, 36, 849–861.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos de Psicologia**, 1994, 3/4, 6-19.

LORD, C., WAGNER, A., ROGERS, S., SZATMARI, P., AMAN, M., CHARMAN, T., ET AL. Challenges in evaluating psychosocial interventions for autistic spectrum disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2005; 35, 695–707.

- LORD, C.; Schopler, E. Differences in sex ratio in autism as a function of measured intelligence. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 1985, 15, 185-193.
- MAGGINI, C.; RABALLO, A. Alexithymia and schizophrenic psychopathology. **Acta BioMedica Ateneo Parmense**, 2004; 75, 40\_49.
- MARI, JJ; BRESSAN, RA; MIGUEL, EC. Mental health and psychiatric research in Brazil. **Br J Psychiatry**. 2004; 184:273.
- MARINHO, EAR.; MERKLE, VLB. Um olhar sobre o autismo e sua especificação,. **IX Congresso Nacional de Educação/ III Encontro Sul Brasileiro de Pedagogia**, 2009.
- MARTINS, C.P.; FILIPE, C.N.; DUARTE, D. **Face a face com o Autismo: será a Inclusão um mito ou uma realidade.** Dissertação. Escola Superior de Educação João de Deus. Curso de Ciências da Educação, 2012.
- MATSON, J. L.; NEBEL-SCHWALM, M. S. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview **Res Develop Disabilities**, 2007, 28, 341-352.
- MATTOS LK; NUERNBERG AH. Reflexões sobre a inclusão escolar de uma criança com diagnóstico de autismo na educação infantil. **Revista Educação Especial** v. 24, n. 39, jan./abr. 2011.
- MEDRONHO, RA. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.
- MENDES, E. G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Especial**. 2006, 11(33).
- MESIBOV, G. B., SHEA, V.; SCHOPLER, E. (with Adams, L., Burgess, S., Chapman, S. M., Merkler, E., Mosconi, M., Tanner, C.; Van Bourgondien, M. E.). **The TEACCH approach to autism spectrum disorders**. New York: Springer. 2005;

MESIBOV, G.B.; SHEA, V. The TEACCH program in the era of evidence-based practice. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2010,40, 570–579

MILAGRE, M.O.; SOUZA WS. **Um estudo da integração do autista no ensino regular.** Trabalho de Conclusão de Curso de Pedagogia, Escola Superior de Ensino Anísio Teixeira, Serra, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Leis de diretrizes e bases da educação.** Brasília, 1996.

MINSHEW, N.J., PAYTON, J.B. New perspectives in autism, Part I: the clinical spectrum of autism. **Curr Probl Pediatr.** 1988;18:561-610.

MINSHEW, N.J; KELLER, T.A. The nature of brain dysfunction in autism: functional brain imaging studies. **Curr Opin Neurol.** 2010,23,124–130.

MOHER, D; LIBERATI, A; TETZLAFF, J; ALTMAN, D.G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **Annals of Internal Medicine**, 2009, 15, 264–269

MOSTOFSKY, SH, GOLDBERG, MC, LANDA, RJ, DENCKLA, MB. Evidence for a deficit in procedural learning in children and adolescents with autism: implications for cerebellar contribution. **J. Int Neuropsychol Soc.** 2000;6:752-9.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National Institutes of Health. Research portfolio online reporting tools (RePORT). Disponível em:  
<http://projectreporter.nih.gov/reporter.cfm>.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Educating children with autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism.** Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press. 2001

NORDAHL, CW; SCHOLZ, R; YANG, X *et al.* Increased rate of amygdala growth in children aged 2 to 4 years with autism spectrum disorders: a longitudinal study. **Arch Gen Psychiatry**, 2012, 69, 53–61.

ORELLANA, L.M.; Martínez-Sanchis, S.; Silvestre, F.J. **Erro! A referência de hiperlink não é válida..** Journal of Autism and Developmental Disorders, 2013, 1-10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. Classificação Internacional de Doenças CID-10. Revisão. 8<sup>a</sup> ed. (Tradução do Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português). São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2000.

OSÓRIO, ACN; LEÃO, TCL. Diversidade e educação especial em diálogos: reflexões sobre os discursos da inclusão. Revista Educação Especial, 2013, 26 (47).

OSPINA, K; KREBS, SJ; CLARK, B; KARKHANEH, M; HARTLING, L; Tjosvold, L. ET AL.. Behavioural and developmental interventions for autism spectrum disorder: A clinical **systematic review**. PLoS One, 2008, 3.

PANERAI, S., FERRANTE, L.; CAPUTO, V. The TEACCH strategy in mentally retarded children with autism: a multidimensional assessment. Pilot study. Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped children. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 1997; 27(3), 345–347.

PAULA, CS; FOMBONNE, E; GADIA, C; TUCHMAN, R; ROSANOFF, M. Autism in Brazil: perspectives from science and society. Rev Assoc Med Bras; 2011, 57(1): 2-5.

PAULA, CS; RIBEIRO, SH; FOMBONNE, E; MERCADANTE, MT. Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. **J Autism Dev Disord.** 2010.

PEETER, T. **L'autisme : de la compréhension à l'intervention.** Dunod: Paris (1996)

PRIZANT, BM; WETHERBY, A; RUBIN, E; RYDELL, P; LAURENT, A. The scerts model: a family-centered, transactional approach to enhancing communication and socioemotional abilities of young children with ASD. **Infants & Young Children.** 2003; 16:296-316.

PRIZANT, BM; WETHERBY, AM; RUBIN, E; LAURENT, A; RYDELL, P. The SCERTS model: a comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders. **Infants & Young Children.** 2006;16(4):296-316.

PROBST, P.; JUNG, F.; MICHEEL, J.; GLEN, I. Tertiary-preventive interventions for autism spectrum disorders (ASD) in children and adults: An evaluative synthesis of two TEACCH based outcome studies. **Life Span and Disability,** 13 (2) (2010), pp. 129–167

RABELO MC. A construção narrativa da doença. In: **18ª Reunião da ANPOCS.** Grupo de trabalho pessoa, corpo e doença. Salvador; 1994.

RADUA, J; VIA, E; CATANI, M; MATAISX-COLS, D. Voxel-based meta-analysis of regional white-matter volume differences in autism spectrum disorder versus healthy controls. **Psychol Med,** 2011, 41, 1539–1550.

RIBEIRO, I.P; FREITAS, M; OLIVA-TELES, N. As Perturbações do Espectro do Autismo – Avanços da Biologia Molecular.**Nascer e Crescer,** 2013, .22 (1).

RICOUER P. Studies in the theory of interpretation. In: Thompson JB (ed), **Hermeneutics & the human sciences.** Cambridge: The University of Cambridge Press; 1995. p. 131-193.

RITVO, E.R, ORNITZ, E.M. **Autism:** diagnosis, current research and management. New York: Spectrum; 1976

RIVIÈRE, A. O desenvolvimento e a educação da criança autista In: COLL, C, PALACIOS, J; MARCHESI, A., **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 272-291.

ROBERTS, J. M. A.; PRIOR, M. **A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders.** Australia: Australian Government Department of health and Ageing. 2006.

ROCHA FF, FUSCALDI T, CASTRO V, CARMO W, AMARAL D, CORREA H. Brazilian scientific production in the 40 psychiatric journals with high impact factor in 2006, **Rev Assoc Med Bras.** 2007; 53(6):543-6.

ROGERS, S. J.; VISMARA, L. A. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,** 2008; 37(1), 8–38.

RUBLESCKI, A.F. **A caminho da escola:** um estudo sobre a educação integrada de crianças com autismo e psicose infantil. Dissertação. Mestrado em Educação - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2004.

RUTTER M. Resilience in the face of adversity. **British journal of psychiatry,** 1985.

RUTTER, M, SCHOPLER, E. Classification of pervasive developmental disorders: some concepts and practical considerations. **J Autism Dev Disord.** 1992; 22:459-82.

RUTTER, M. Autism research: Prospectus and priorities. **Journal of Autism and Developmental Disorders,** 1996, 26, 257-275.

RUTTER, M. Infantile autism. Em D. Shaffer, A. Erhardt & L. Greenhill (Orgs.), **A clinician's guide to child psychiatry** (pp. 48-78). New York: Free-Press, 1985.

SANTO, M.C.; GUERREIRO, M.F.; ROCHA, M.H. **Necessidades Educativas Especiais de Carácter Permanente/Prolongado no Contexto da Escola Inclusiva.** Trabalho no âmbito da Acção de Formação nº 07/2006. Centro de Formação Contínua de Professores de Ourique, Castro Verde, 2006.

SATO, F P. **Validação da versão em português de um questionário para avaliação de autismo infantil.** Dissertação. Mestrado em Psiquiatria - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

SCHMAHMANN, J. The cerebellum in autism: clinical and anatomic perspectives. In: BAUMAN, M, KEMPER T. **The neurobiology of autism.** Baltimore: John Hopkins University Press; 1994. p. 195-226

SCHMIDT, C. **Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de autismo.** Dissertação. Mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SCHMIDT, C.; BOSA, C.. Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 2, dez. 2007 .

SCHMIDT, C; DELL'AGLIO, DD; BOSA, CA. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção, **Psicol. Reflex. Crit.**, 2007, 20 (1).

SCHOPLER, E. A statewide program for the Treatment and Education of Autistic and related Communications Handicapped Children (TEACCH). **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North Carolina**, 1994; 3(1), 91–103.

SCHOPLER, E. Convergence of learning disability, higher level autism and Asperger.s syndrome. **J Autism Dev Disord**. 1985; 15:359-60.

SCHOPLER, E. Naissance du programme TEACCH : principes, mise en pratique et evaluation. In. R MISÈS, R., GRAND, P. **Parents et professionnels devant l'autisme**. Éditions du CTNERHI: Paris , 1997,191–205.

SCHOPLER, E; Rogé, B. Approche éducative de l'autisme : le programme TEACCH. Sa transposition en France. **Rev Psychol Fr**, 1998, 43 (3), 209–216.

SCHULTZ, R; GRELOTTI,i D; KLIN, A; KLEINMAN, J; VAN DER GAAG, C; MAROLS, R. et al. The role of the fusiform face area in social cognition: implications for the pathobiology of autism. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci**. 2003; 358:415-27.

SCHULTZ, R; GAUTHIENER, I; KLIN, A; FULBRIGHT, R; ANDERSON, A; VOLKMAR, F. et al. Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. **Arch Gen Psychiatry**. 2000; 57:331-40.

SCHUMANN, CM; HAMSTRA, J; GOODLIN-JONES, BL *et al* .The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism; the hippocampus is enlarged at all ages. **J Neurosci**, 2004, 24, 6392–6401

SCHUTZE, F. **Die technik des narrativen interviews in interaktionsfeldstudien** - dargestelli an Einem projekt zur erforschung von kommunalen machtstrukturen. Manuscript of Bielefeld, Departament of sociology 1977. [in press]

SCHUTZE, F. **Narrative repräsentation kollektiver schicksalsbetroffenheit.** In: Laemmert E, editor. Erzaehlforschung. Stuttgart: J.B. Mentzler; 1983. p. 568-90.

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO. Política educacional da rede municipal de educação de Belo Horizonte:** inclusão escolar de pessoas com deficiências. Belo Horizonte, Brasil, 2007.

SEIZE, M.; LAMPREIA, C. **Programa de Capacitação para a Vigilância de Sinais Precoces de Autismo.** Projeto ESAT. Departamento de Psicologia, 2013. p. 3.

SERRA, D. Autismo, família e inclusão. **Polêm!ca**, v. 9, n. 1, p. 40 – 56, janeiro/março 2010.

SILVA, DGV, MERCEDES, T. **Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002; 423-432.

SIMPSON, R.L.; DE BOER-OTT, S.R.; GRISWOLD, D.E.; MYLES, B.S. ; BYRD, S.E.; GANZ, J.B. **Autism spectrum disorders:** Interventions and treatments for children and youth. Corwin Press: Thousand Oaks, CA (2005).

SLAVIN, R. E. Perspectives on evidence-based research in education. What works? Issues in synthesizing educational program evaluations. **Educational Researcher**, 2008; 37(1), 5–14.

SOLOMON A. **Longe da arvore:** pais, filhos e a busca da identidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

SPERRY, LA; MESIBOV, GB. Perceptions of social challenges of adults with autism spectrum disorder. **Autism Int J Res Prac.** 2005; 9(4):362-76.

TARAKESHWAR, N.; PARGAMENT, K. Religious coping in families of children with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. Vol. 16, 4, 247-260, 2001.

TARDIF, C. **Les particularités sensorielles des personnes autistes et leur incidence sur la vie quotidienne.** Autisme et pratiques d'intervention Solal, Marseille, 2010, 127–183.

TEIXEIRA, M.C.T.V.; MECCA, T.P.; VELLOSO, R.L.; BRAVO, R.B.; RIBEIRO, S.H.B.; MERCADANTE, M.T.; PAULA, C.S. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. ***Rev Assoc Med Bras;*** 56(5): 607-614, 2010..

TRAVERS, B.G.; ADLURU, N; ENNIS, C. ET AL. Diff usion tensor imaging in autism spectrum disorder: a review. **Autism Res** 2012; 5: 289–313

TSANG, S. K. M., SHEK, D. T. L., LAM, L. L., TANG, F. L. Y., & CHEUNG, P. M. P. Brief report: Application of the TEACCH program on Chinese pre-school children with autism—Does culture make a difference? **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2007; 37, 390–396.

TUCHMAN, R.; RAPIN, I. Epilepsy in autism. **Lancet Neurology**, 2002,1, 352–358.

TUNALI, B.; POWER, T. G. Creating satisfaction: a psychological perspective on stress and coping in families of handicapped children. **Journal of Child Psychology and Psychiatric and Aallied Disciplines.** 1993, 34, pp. 945-957

VELLANTE, M.; BARON-COHEN, S.; MELIS, M.; MARRONE, M.; PETRETTO, D. MASALA, C; PRETI, A. The “Reading the Mind in the Eyes” test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. **Cognitive Neuropsychiatry**,2012:721-728

VIRUES-ORTEGA, J; JULIO, FM; PASTOR-BARRIUSO, R. The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. **Clinical Psychology Review**, 2013,33(8)940-953.

VISSERS, ME; COHEN, M.X.; GEURTS, H.M. Brain connectivity and high functioning autism: a promising path of research that needs refined models, methodological convergence, and stronger behavioral links. **Neurosci Biobehav Rev**, 2012, 36,604–625.

VOLKMAR, F.R., & WIESNER, L. Chapter 5: An overview of educational programs. In. **A Practical Guide to Autism**. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Inc. 2009, pp 119-148

VORSTMAN, JA; STAAL, WG; VAN DAALEN, E; VAN ENGELAND, H; HOCHSTENBACH, PF; FRANKE, L. Identification of novel autism candidate regions through analysis of reported cytogenetic abnormalities associated with autism. **Mol Psychiatry**, 2006; 11:18-28

WALTER, C; ALMEIDA, MA. Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo. **Rev. bras. educ. espec.**,2010, 16(3).

WELTERLIN, A.; TURNER-BROWN L. M.; HARRIS, S.; MESIBOV, G.; DELMOLINO L. The Home TEACCHing Program for Toddlers with **Autism**. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2012,(42) 1827–1835.

WHO. **Classificação das doenças mentais da CID 10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

WING, L.; GOULD, J. "Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification", **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 9, pp. 11–29, 1979.

WING, L. Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 1981, 11, 31-41.

WING, L. **The autistic spectrum**: A guide for parents and professionals. London: Constable, 1996.

WING, L.; POTTER, D. *The Epidemiology of Autistic Spectrum Disorders: Is the Prevalence Rising?* Mental Retardation and Developmental Disabilities **Research Review**, 2002, 8, 151-162.

# ANEXOS



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA PARAÍBA  
CRECHE PRÉ-ESCOLA  
ÂNGELA MARIA MEIRA DE CARVALHO

Nº 01

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, Rivalina Maria Macedo Fernandes esteve em reunião com professores e coordenadores desta Instituição de Ensino para estudo da proposta de pesquisa no dia 01/07/2013.

João Pessoa, 08 de Novembro de 2013.

Suênia Maria da Silva

Suênia Maria da Silva  
Coordenadora Pedagógica





ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA PARAÍBA  
CRECHE PRÉ-ESCOLA  
ÂNGELA MARIA MEIRA DE CARVALHO

**ETMA – ESPAÇO TERAPÊUTICO MUNDO AUTISTA**

Curso Introdutório do Método Teacch

Carga Horária: 4 horas

Data: 08/09/2013

Facilitadora: Rivalina Fernandes

**PROFESSORES:**

1. Cláudia Rejane de Farias Silva Cláudia Rejane de Farias Silva
2. Élida Karla da Silva Ferreira Elida Karla da S. Ferreira
3. Fabianny Cunha de Oliveira Fabianny Cunha de Oliveira
4. Jaqueline Cordeiro Souza de Lima Jaqueleine Cordeiro Souza Lima
5. Luíziana Magda Coelho dos Santos Luíziana Magda C. dos Santos
6. Marcos José Andrade de Lima Marcos José Andrade Lima
7. Nadja Maria de Menezes Morais Nadja Maria de Menezes
8. Rosani de França Maciel Rosani de França
9. Suênia Maria da Silva Suênia Maria da Silva
10. Valéria Gomes de Queiroz Valéria Gomes de Queiroz

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA PARAÍBA

CRECHE PRÉ-ESCOLA

ÂNGELA MARIA MEIRA DE CARVALHO

DECLARAÇÃO

Declaro para comprovação para anexo em dissertação de mestrado, que **RIVALINA MARIA MACÊDO FERNANDES**, realizou capacitação do Método TEACCH, com carga horária de 60h/aula a professores desta instituição que constou das seguintes etapas:

- Palestra – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento – TID
- Estudo de Texto – Perfil do Professor Interdisciplinar no Método TEACCH
- Observação de dinâmica em sala de aula
- Discursão sobre a observação das crianças
- Fundamentação Teórica Método TEACCH
- Fundamentação Teórica para confecção materiais no método TEACCH
- Conhecimento do conteúdo programático para elaboração dos materiais método TEACCH
- Oficina para construção dos materiais pedagógicos método TEACCH
- Elaboração de Plano Terapêutico Individual – PTI
- Arrumação da sala com materiais do método TEACCH
- Instruções e treinamento prático do método TEACCH
- Feedback para dúvidas.

João Pessoa, 16 dezembro de 2013.

Assamblaia Legislativa da Paraíba  
Creche Pré-Escola

Luzivana Magda Coelho dos Santos  
Coordenadora Pedagógica



一一

ESTUDANTE:  
PROFESSORES:  
SUPervisão:

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA PARAÍBA  
CRECHE PRÉ-ESCOLA  
ÂNGELA MARIA MEIRA DE CARVALHO

PTI-PLANO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL

PTI-PLANO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL									
HORÁRIO	segunda-feira	HORÁRIO	terça-feira	HORÁRIO	quarta-feira	HORÁRIO	quinta-feira	HORÁRIO	sexta-feira
07:00	Chegada	07:00	Pestalozzi	07:00	Chegada	07:00	Pestalozzi	07:00	Chegada
07:15	Troca de roupa	09:30	Atendimento individual	07:15	Troca de roupa	09:00	Atendimento individual	07:15	Troca de roupa
07:15	Almoço e escovação	09:30	Troca de roupa, banho,	07:15	Troca de roupa	09:30	Troca de roupa, banho,	07:15	Troca de roupa
07:30	Café da manhã	11:20	almoco e escovação	07:30	Café da manhã	11:20	almoco e escovação	07:30	Café da manhã
07:30	Reposo	11:20		07:30	Café da manhã	11:20		07:30	Café da manhã
07:45	Atividade em grupo	13:00	Acordar do repouso	07:45	Momento de saudação	13:00	Reposo	07:45	Momento de saudação
08:40	Atendimento	13:30	Lanche	08:00	Atividade em grupo	13:30	Acordar do repouso	07:45	Momento de saudação
08:40	fonoaudióloga	13:30		08:00	Atividade em grupo	13:30		08:00	Atividade em grupo
09:00	Psicomotricidade	14:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta	08:40	Psicoterapia	14:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta	08:40	Atividade individual em sala de aula com terapeuta
09:50	gruppo	14:30		09:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta	14:20		09:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta
09:50	Psicomotricidade	14:30	Parque	09:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta	14:00	Psicomotricidade	09:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta
10:00	individual	15:00		09:30	Atividade individual em sala de aula com terapeuta	14:40		09:30	Atividade individual em sala de aula com terapeuta
10:00	Banho, almoço,	15:00	Troca de roupa	09:30	Banho, almoço e escovação	14:40	Troca de roupa	09:30	Banho, almoço e escovação
11:20	Escovação e repouso	16:00	Jantar	11:20	Reposo	15:30	Atividade em grupo	11:20	Atividade em grupo
13:00	Acordar do repouso	16:00		13:00	Reposo	16:00	Atividade em grupo	13:00	Atividade em grupo
13:30	Lanche	16:30	Escovação	13:00	Acordar do repouso	16:00	Jantar	13:00	Acordar do repouso
14:00		14:00		13:30		13:30		13:30	
14:30	Atividade em grupo	16:30	Contação de histórias	13:30	Lanche	16:30	Escovação	13:30	Lanche
14:30	Troca de roupa	17:00	Saída	14:00	Troca de roupa	16:30	Contação de histórias	14:00	Contação de histórias
15:00		17:00		14:40		16:30		14:20	
15:00	Atividade em grupo			14:40	Atendimento fonoaudiólogo	17:00	Brinquedo / livro	14:20	Fisioterapia
15:30				15:00		15:00		14:40	
15:30	Musicalização			15:00	Círculo de brinquedo	17:00	Saída	15:00	Troca de roupa
16:00				15:30		15:30		16:00	
16:00	Jantar			16:00	Atividade individual em sala de aula com terapeuta	16:00		16:00	Jantar
16:30	Escovação			16:00	Jantar			16:30	Escovação
16:30	Parque			16:30	Escovação			16:30	Atividade individual em sala de aula com terapeuta
16:45	Saída			16:30	Atividade em grupo			17:00	Saída
17:00				17:00					

## MATERIAL PEDAGÓGICO CAPACITAÇÃO MÉTODO TEACCH













