

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

JACIELI APARECIDA DE PAULA

**O OLHAR DA FAMÍLIA E DO PROFISSIONAL SOBRE O
PLANEJAMENTO DE ENSINO INDIVIDUALIZADO COM
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

TAUBATÉ - SP

2020

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

JACIELI APARECIDA DE PAULA

**O OLHAR DA FAMÍLIA E DO PROFISSIONAL SOBRE O
PLANEJAMENTO DE ENSINO INDIVIDUALIZADO COM
CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado para obtenção do Certificado
de Graduação pelo curso de Psicologia do
Departamento de Psicologia da
Universidade de Taubaté,
Área de concentração: Psicologia,
Orientadora: Prof.^a Dra. Andreza Maria
Neves Manfredini.

TAUBATÉ – SP

2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

P324o Paula, Jacieli Aparecida de
O olhar da família e do profissional sobre o planejamento de ensino individualizado com crianças com transtorno do espectro autista / Jacieli Aparecida de Paula. -- 2020.
62 f.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.
Orientação: Profa. Ma. Andreza Maria Neves Manfredini Tobias,
Departamento de Psicologia.

1. Planejamento de ensino individualizado. 2. Transtorno do espectro autista. 3. Análise do comportamento aplicada. I. Universidade de Taubaté. Departamento de Psicologia. Curso de Psicologia. II. Título.

JACIELI APARECIDA DE PAULA
O OLHAR DA FAMÍLIA E DO PROFISSIONAL SOBRE O PLANEJAMENTO DE
ENSINO INDIVIDUALIZADO COM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do Certificado de Graduação pelo curso de Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.
Área de concentração: Psicologia,
Orientadora: Prof.^a Dra. Andreza Maria Neves Manfredini.

DATA: ____/____/____

RESULTADO: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Andreza Maria Neves Manfredini - Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento - Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus, na qual foi o meu sustento e refúgio durante toda minha formação.

À minha família, pela sua fidelidade de acreditarem em mim, e investirem nos meus sonhos sem medirem esforços.

Ao meu noivo, pelo apoio e cuidado nos momentos em que mais precisei.

AGRADECIMENTOS

O sonho de se tornar psicóloga emergiu da necessidade de compreender o comportamento humano e como este modifica o ambiente em que está inserido, tornando-se modificado também. Para que este sonho se tornasse realidade e se concretizasse de modo especial em minha vida, algumas pessoas foram peças fundamentais para esse processo:

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade da vida e acima de tudo, pelo cuidado e zelo para comigo durante todos estes anos, sendo meu sustento e minha fortaleza.

Aos meus pais, Enilda e João, por proporcionarem esse sonho em minha vida, fazendo parte integralmente dele, contribuindo não somente financeiramente, mas afetivamente, através das palavras motivacionais, incentivando e apoiando nas horas em que mais precisei. Obrigada pelas diversas vezes terem enxugado minhas lágrimas e terem trazido palavras de conforto para que eu não desistisse. Agradeço também por me esperarem chegar da faculdade todos os dias, durante os 5 anos, mesmo cansados. Serei eternamente grata por tudo que fizeram e fazem por mim.

Ao meu noivo, William, que desde o início da minha trajetória acadêmica esteve ao meu lado, incentivando, encorajando e acreditando no meu potencial. Obrigada, meu amor, por todas as palavras de incentivo e acima de tudo, pela presença e pelo cuidado.

Ao meu irmão, Joelcio, e minha cunhada Larissa, pelo apoio que sempre me deram durante todo esse processo árduo de formação.

A minha orientadora, Professora Dra. Andreza Maria Neves Manfredini, por desde o início ter depositado tamanha confiança na proposta do meu projeto, buscando sempre me motivar e orientando com excelência, profissionalismo e ética.

As minhas grandes amigas, Pipocas, Jéssica Avagliano, Maria Luiza Santiago, Juliana Sbarofate, Patrícia Regina, Tainá Francine, Joana de Jesus, Bianca Andrade, Ariane Luz, por desde o início dessa jornada, terem embarcado com afinco na nossa amizade, tornando mais leve os trabalhos, lágrimas, cansaços e dificuldades. Obrigada por torcerem e comemorarem as grandes e pequenas vitórias durante esse percurso.

De modo especial, agradeço a minha excepcional dupla, Jéssica Avagliano, que desde o primeiro dia de aula esteve comigo, realizando trabalhos, provas,

atendimentos, conversas, sorrisos e aconselhamentos. Obrigada por tanto, amiga! Você sempre estará em meu coração!

Agradeço a minha amiga Geovana Almeida, na qual tive o privilégio de me aproximar nos últimos semestres, realizando trabalhos, estágios e até mesmo a escrita de um capítulo para o livro da Universidade, juntamente com outras colegas. Obrigada pelo carinho, palavras de apoio e incentivo! Você é especial!

Agradeço a psicóloga Maristela Miranda Morth, que tive o privilégio de conhecer na reta final de minha formação, na qual com profissionalismo, excelência e paciência sempre trouxe conhecimento acerca da ciência psicológica, tornando-se um exemplo de profissional para mim. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos comigo!

Aos professores e orientadores de estágio, Prof. Dr. Marcelo de Oliveira Fonsêca e Profa. Ma. Fernanda Cardoso Fraga Fonsêca, por todo o conhecimento compartilhado e acima de tudo, por terem sido especiais em um momento frágil de minha saúde. Vocês serão eternamente lembrados por mim!

A Profa. Dra. Fabiane Ferraz Silveira Fogaça, pela oportunidade e confiança na Iniciação Científica, na qual, sempre fora um sonho para mim e pude realizá-lo com uma profissional de excelência.

Aos anjos especiais de minha vida, Pedro Marçal e Lara Armani, por me apresentarem seu mundo azul e fazerem com que eu experimentasse um dos mais belos amores. Vocês são especiais em minha vida e foram motivo para que eu embarcasse nessa aventura de aprofundamento no espectro.

Agradeço também a Profa. Dra. Ana Cristina Araújo do Nascimento por compor esta banca avaliadora. Na qual, para mim é um privilégio, pois sempre a admirei, não somente como professora, mas também como ser humano.

“Encontrava-me diante do desconhecido, onde uma luz baixa escondia as linhas da realidade e arremessava uma nuvem de incertezas sobre o amanhã. Nada se podia afirmar, nem negar. Sem os lampejos da evidência inequívoca, defrontava-me com o mistério daquele ser, numa atitude de respeito e humildade.”

Virgínia M. Axline

RESUMO

Partindo dos pressupostos das especificidades da criança com Transtorno do Espectro Autista, incluindo comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo, comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades, sintomas estes que quando tomados conjuntamente, limitam ou dificultam o funcionamento diário do indivíduo, incluindo suas atividades escolares. A presente pesquisa pretende identificar e compreender os efeitos da aplicação do Planejamento de Ensino Individualizado na criança com Transtorno do Espectro Autista, bem como verificar quais as estratégias que a profissional utiliza durante os atendimentos, quais os métodos para a construção da PEI e quais os efeitos da PEI após sua aplicação. O tipo de delineamento da pesquisa será pesquisa qualitativa e estudo de caso. O instrumento a ser utilizado será a entrevista semidirigida. Os participantes serão 01 profissional da psicologia e 01 casal de pais e/ou responsáveis da criança com TEA. Os critérios utilizados para a escolha do participante são: em relação a profissional: ter no mínimo 5 anos de atuação no que diz respeito ao Planejamento de Ensino Individualizado e já ter realizado este planejamento com uma criança com TEA, e quanto aos pais da criança com TEA: ter passado pelo PEI. A análise dos dados será por categorização de quantificação e de conteúdo. Os resultados esperados para esta pesquisa são de que a partir de uma elaboração do PEI e posteriormente a aplicação do mesmo, seja visível efeitos positivos na vida escolar do mesmo, bem como uma efetiva inclusão, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Palavras – chave: Planejamento de Ensino Individualizado. Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

FAMILY AND PROFESSIONAL VIEWS ON INDIVIDUALIZED EDUCATION PLANNING WITH CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Starting from the assumptions of the specificities of the child with Autistic Spectrum Disorder, including qualitative compromises in socio-communicative development, stereotyped behaviors and a restricted repertoire of interests and activities, symptoms that when taken altogether, limit or hinder the daily functions of the individual, including their school activities. The present research intends to identify and understand the effects of the application of Individualized Education Planning on the child with ASD, as well as to verify what strategies the professional uses during the consultations, what are the methods for the construction of the IEP and what are the effects of IEP after its application. The type of research design will be qualitative research and case study. The instrument to be used will be the semi-directed interview. Participants will be 01 psychology professional and 01 couple of parents and / or guardians of the child with ASD. The criteria used to choose the participant are: in relation to the professional: having at least 5 years of experience with regard to Individualized Education Planning and having already carried out this planning with a child with ASD, and as for the parents of the child with ASD: having gone through the IEP. Data analysis will be based on quantification and content categorization. The expected results for this research are that from the elaboration of the IEP and its later application, positive effects on the scholar's life are visible, as well as an effective inclusion, contributing to a better quality of life.

Keywords: Individualized Teaching Planning. Autistic Spectrum Disorder. Analysis of Applied Behavior.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Lista de sintomas do transtorno autista, por área de acordo com os critérios oferecidos pelo DSM-IV-TR 24
- Quadro 2.** Critérios de diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista pelo DSM-V 25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TEA – Transtorno do Espectro Autista

PEI – Planejamento de Ensino Individualizado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.2 OBJETIVO	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
1.3 RELEVANCIA DO ESTUDO	14
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	17
2.1.1 Panorama histórico do Autismo	17
2.1.2 Evolução dos critérios diagnósticos	22
2.2 PLANEJAMENTO DE ENSINO INDIVIDUALIZADO	28
2.2.1 Surgimento do planejamento de Ensino Individualizado	28
2.2.2 Planejamento de Ensino Individualizado no contexto escolar	30
2.2.3 Planejamento de Ensino Individualizado no contexto clínico	31
2.2.4 Papel da família	33
3 MÉTODO	35
3.1 PARTICIPANTES	35
3.2 LOCAL	36
3.3 INSTRUMENTOS	36
3.4 COLETA DE DADOS	37
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	38
3.7 RISCOS	38
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
4.1 ANÁLISE DAS CATEGORIAS DA PROFISSIONAL	39
4.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS DA FAMÍLIA	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	50
ANEXO A	56
ANEXO B	59
ANEXO C	60
ANEXO D	61

1 INTRODUÇÃO

Segundo Silva e Mulick (2009), inicialmente o Transtorno Autista fez parte de um grupo de transtornos do desenvolvimento nomeados como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEAs). Esse conjunto de transtornos compartilham sintomas centrais no comprometimento em três áreas específicas do desenvolvimento, a saber: (a) déficits de habilidades sociais, (b) déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e (c) presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Além do autismo, estudos da *World Health Organization* (1992) e *American Psychiatric Association* (2003), mostram que fazem parte desse conjunto o transtorno (ou síndrome) de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância (ou outro transtorno desintegrativo da infância), o transtorno (ou síndrome) de Rett e o transtorno global do desenvolvimento – sem outra especificação (incluindo o autismo atípico). Atualmente, essa categorização foi modificada, e o DSM-5 trouxe com a sua nova versão do manual, as manifestações comportamentais que definem o TEA, incluindo comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo, bem como a presença de comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades, sendo que os sintomas nessas áreas, quando tomados conjuntamente, devem limitar ou dificultar o funcionamento diário do indivíduo (APA, 2013).

Segundo Rutter (2011), o TEA é uma condição que tem início precoce e suas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, ao longo de sua vida, ocorrendo uma maior variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nas áreas que definem o seu diagnóstico. No momento atual, o TEA é compreendido como uma síndrome comportamental complexa que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais. As pesquisas e estudos atuais mostram que as bases biológicas que buscam explicar a complexidade do transtorno são apenas parcialmente conhecidas e, por isso, o conhecimento, a identificação e o diagnóstico do transtorno baseiam-se nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo (BARBARO, 2009; DALEY, 2004).

Conforme os critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2013), os primeiros sinais do TEA devem aparecer antes dos 36 meses de idade. Contudo, dados empíricos

demonstram que a maioria das crianças apresentam problemas no desenvolvimento entre os 12 e 24 meses (CHAKRABARTI, 2009; CHAWARSKA ET AL., 2007; NOTERDAEME, HUTZELMEYER-NICKELS, 2010), embora Maestro et al. (2002), mostre que alguns desvios qualitativos no desenvolvimento aparecem antes mesmo dos 12 meses.

Nas últimas duas décadas, estudos buscam identificar a idade do reconhecimento dos primeiros sintomas do TEA, se utilizando de entrevistas realizadas com os pais de crianças diagnosticadas com esse transtorno. Com esses estudos, foram encontrados resultados que mostram que os primeiros sintomas no desenvolvimento tendem a ser percebidos pelos pais durante os dois primeiros anos de vida (CHAKRABARTI, 2009; CHAWARSKA et al., 2007).

Segundo Siqueira et al. (2012), o Planejamento de Ensino Individualizado (PEI) é um plano de ação que traz como proposta individualizar e personalizar o ensino para um determinado sujeito, com objetivos acadêmicos e metas de acordo com as suas necessidades e singularidades, a fim de favorecer o processo de ensino e aprendizagem do aluno.

O PEI como uma nova perspectiva para a aprendizagem e inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais, já está previsto na legislação educacional nacional. Em 1994, esse termo já foi proposto na Declaração de Salamanca, se referindo a todas crianças ou jovens cujas necessidades educacionais especiais se originam de deficiência ou dificuldades de aprendizagem sobre sua construção:

[...] alunos com necessidades educacionais especiais devem ter um Plano Individualizado de Ensino, quando se fizer necessário, podendo ser elaborado com apoio do ensino especial no início de sua vida escolar, e por ela atualizada continuamente, em função de seu desenvolvimento e aprendizagem. Esse Plano é o ponto fundamental de sua vida escolar, norteador das ações de ensino do professor e das atividades escolares do aluno (Brasil, 2000, p.24).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Conforme o DSM-5, o indivíduo com TEA caracteriza-se por apresentar um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente atípico da inserção social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. Tendo em vista

as especificidades da criança com TEA, faz-se necessário questionar quais são os efeitos do Planejamento de Ensino Individualizado no desenvolvimento do mesmo?

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar e compreender os efeitos da aplicação do PEI em criança com Transtorno do Espectro Autista, na visão dos pais e/ou responsáveis da criança com TEA e dos profissionais que trabalham com o PEI.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar e compreender as estratégias que a profissional utiliza com o PEI;
- Identificar e compreender os métodos utilizados pelo profissional para a construção do PEI;

Na visão dos pais e/ou responsáveis da criança com TEA e dos profissionais que trabalham com o PEI;

- Identificar e compreender a importância e os efeitos do PEI após sua aplicação;
- Compreender quais os desafios e as contribuições do PEI para uma criança com TEA;

1.3 RELEVANCIA DO ESTUDO

Segundo Brasil (2018), no Censo Escolar realizado em 2017, dados mostram expressivo aumento nas últimas décadas, no número de matrículas, na escola comum, de alunos diagnosticados com Transtorno do Espectro do Autismo. A respeito desses registros, estudos mostram significativos prejuízos na qualidade do ensino ofertado e, principalmente, no progresso acadêmico desse alunado (NEVES et al., 2014; NUNES; SCHMIDT; AZEVEDO, 2013; OLIVEIRA; PAULA, 2012). Existem

muitos fatores que contribuem para a ocorrência de fenômenos assim, dentre eles destacam-se a escassez formação docente e a falta de adaptações curriculares promovidas pelas escolas. Esses mesmos fatores prejudicam, de certo modo, o acesso dessas pessoas aos conhecimentos acadêmicos e ao repertório de competências e de habilidades funcionais a serem desenvolvidas no contexto escolar (NUNES; SCHMIDT; AZEVEDO, 2013; NOZI; VITALIANO, 2012; OLIVEIRA; PAULA, 2012; SCHMIDT et al., 2016). Partindo desse pressuposto, este estudo buscará contribuir para a promoção de conhecimento acerca do que é o Planejamento de Ensino Individualizado, como ele é feito e quando aplicado, quais os efeitos trazidos para a criança com TEA.

No que diz respeito a relevância social, este estudo busca facilitar e favorecer à comunidade a despeito desse tema, trazendo reflexões e questionamentos acerca da inclusão escolar e sua efetividade. No âmbito da psicologia, este estudo busca através do estudo de caso, compreender a efetividade do PEI na vida da criança com TEA, vislumbrando suas consequências no quesito escolar e principalmente da qualidade de vida dessa criança.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O presente trabalho segue a estrutura na qual são apresentados ao início a introdução, o problema de pesquisa, relevância do estudo, métodos utilizados no estudo de caso e a revisão de literatura, onde por meio de autores que discorrem acerca da temática trazida, serão embasados todos os capítulos de fundamentação teórica.

No primeiro capítulo, descrito como Transtorno do Espectro Autista, buscará trazer ao leitor um panorama histórico de como surgiu este transtorno e quais foram os principais personagens para que o conceito do mesmo fosse constituído de modo científico e preciso. Em seguida, será trazido uma perspectiva de evolução dos critérios diagnósticos, partindo da primeira ideia do que seria o autismo, ou seja, dos estudos de Leo Kanner até o que temos atualmente descrito no DSM-5.

Após compreender a trajetória histórica deste vasto transtorno e por quais critérios diagnósticos ele perpassa, entraremos no aspecto em que este estudo é focado: o Planejamento de Ensino Individualizado, ou simplesmente PEI.

O capítulo destinado a esta temática, investigou inicialmente o surgimento do PEI, qual caminho ele percorreu para que hoje fosse uma das ferramentas mais importantes para que haja uma melhor inclusão, buscando identificar os melhores modos de aprendizagem da criança ou adolescente com TEA e em quais realidades ele pode ser aplicado e como ocorre este processo. Posteriormente, foi argumentado sobre o PEI no contexto educacional, sendo diferenciado do PEI no contexto clínico, no que diz respeito a aquisição de novos comportamentos e manutenção daqueles já existentes. Em seguida, foi discorrido a respeito do papel da família neste contexto de elaboração e aplicação do PEI, quais são suas funções, expectativas e o que eles identificaram após a aplicação do mesmo. E finalizando, fora trazido quais profissionais podem realizar e aplicar o PEI, quais os papéis desses profissionais neste tipo de atuação e quais as contribuições que eles trazem no âmbito da qualidade de vida de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista.

Foi realizada entrevistas com os pais e a profissional que elabora e aplica o PEI, na qual pode-se ter acesso as visões de diferentes perspectivas sobre esta temática.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

2.1.1 Panorama histórico do Autismo

Segundo Bercherie (2001), nos estudos iniciais da psiquiatria, em meados do século XVIII para o XIX, o diagnóstico de “idiotia” cobria todo o campo da psicopatologia de crianças e adolescentes. Desse modo, esse termo cunhado como idiotia pode ser considerado precursor não somente do atual retardo mental, mas das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do Transtorno do Espectro do Autismo. Já Jorge (2003) traz sua contribuição acerca dessa visão inicial do autismo buscando a origem da palavra, na qual o termo autismo deriva da palavra grega *autos*, que significa *si mesmo*. Segundo Rocha (1997) este termo foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra Bleuler no ano de 1911, designado para descrever um sintoma significativo de esquizofrenia, ou seja, a tendência dos pacientes por si só se isolarem dos outros.

As contribuições trazidas pelo Ministério da Saúde (2015), apontam que o psiquiatra inglês Maudsley, considerado pioneiro na literatura acerca da psicose na criança, quando incluiu um capítulo intitulado como “*Insanity of early life*” em seu livro “*Physiology and pathology of mind*”, de 1867, todavia, o alemão Griesinger, em 1845, já havia feito menções das diferenças entre a loucura do adulto e a da criança (GRIESINGER, 1845 apud KRYNSKI, 1977).

Outro autor importante para compreendermos a trajetória da história deste transtorno, fora o italiano De Sanctis, que no período de 1906 e 1908, descreveu de modo específico as primeiras contribuições acerca de psicoses incluindo a *dementia precocíssima*, e a *dementia infantilis*, trazidas pelo austríaco Heller, em 1908, ambas tendo como referência a *dementia praecox* descrita pelo alemão Emil Kraepelin (KANNER, 1971a; WING, 1997).

No ano de 1933, Howard Potter, médico do *New York State Psychiatric Institute and Hospital*, baseado nos estudos sobre esquizofrenia descrita em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, apresentou e discutiu seis casos, onde os sintomas haviam se iniciado antes da puberdade e que incluíam alterações no comportamento, como por exemplo falta de conexão emocional e ausência do instinto de integração

com o ambiente. Propôs então que esse quadro fosse denominado de esquizofrenia infantil. De 1943 em diante, estes variados quadros de psicopatologias – psicose e esquizofrenia – foram confundidos com os conceitos do Transtorno do Espectro do Autismo, e foram utilizados de modo permutado, o que atualmente foi superado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O ano de 1940 foi um marco extremamente importante para o nascimento do que mais tarde seria chamado de Transtorno do Espectro Autista. Dois médicos após estudarem acerca dos sintomas, apresentaram as primeiras descrições modernas daquilo que hoje é nomeado de Transtorno do Espectro do Autismo infantil ou transtorno autista. O primeiro deles foi o médico nascido no Império Austro-Húngaro Leo Kanner, que emigrou para os Estados Unidos em 1924, tornando-se chefe do serviço de psiquiatria infantil do Johns Hopkins Hospital de Baltimore, publicando no ano de 1943 o artigo “Os distúrbios autísticos do contato afetivo”. Neste artigo, Kanner, utilizou da noção “Transtorno do Espectro do Autismo” consagrada por Eugen Bleuler como um dos principais sintomas da esquizofrenia. Kanner descreveu, portanto, 11 crianças cujo distúrbio patognomônico seria “a incapacidade de se relacionarem de maneira normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (KANNER, 1943, p. 242).

Mas (2018), discorre acerca dos estudos de Kanner, apresentando toda sua contribuição e realizando um apanhado dos estudos realizados por ele, na qual argumenta que o mesmo apresentou que o “isolamento autístico extremo” as levava a negligenciar, ignorar ou recusar o contato com o ambiente, e esse comportamento podia estar presente desde os primeiros meses de vida. Desse modo, algumas mães recordavam que durante a infância o filho não mostrava uma atitude corporal antecipatória, não inclinando o rosto nem movimentando os ombros antes de ser levado ao colo; uma vez que o mesmo estava no colo, não organizava seu corpo ao daquele que o carregava. Ademais, recordava também que a criança em certos momentos não apresentava mudanças em sua expressão facial ou posição corporal quando os pais chegavam em casa, se aproximavam e falavam com ela. A grande maioria dos sinais precoces trazidos anteriormente, podia se identificar de modo retrospectivo, problemas na aquisição da fala, sendo um dos primeiros sinais inequívocos de que algo estava errado.

Mas (2018) salienta ainda que dentro deste estudo realizado por Kanner, três das crianças não adquiriram a fala ou muito raramente a usavam; as demais falaram

na idade prevista ou pouco depois. Nelas, contudo, a linguagem verbal não era estabelecida de modo funcional, um modo de comunicação, consistindo da reunião de palavras ordenadas aleatoriamente e aparentemente sem sentido, marcadas por repetições de informações decoradas, como listas de animais, presidentes ou trechos de poemas, não estabelecendo um diálogo coerente. Nesse ponto, Mas (2018) apresenta que essa ótima capacidade de memorização decorada, provava que a linguagem havia sido afastada de modo considerável para tornar-se um exercício de memória autossuficiente, sem valor conversacional e semântico, ou até mesmo distorcido.

Ainda segundo os estudos de Kanner (1943), as crianças também apresentavam dificuldades em generalizar conceitos, tendendo a usá-los de modo literal e associados ao contexto no qual foram ouvidos pela primeira vez. Até os cinco ou seis anos, apresentavam ecolalia e não usavam o pronome 'eu' para se referirem a si mesmas. Para manifestarem um desejo ou aquiescência repetiam, com a mesma entonação, a frase ou pergunta que haviam escutado de outrem.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), nos estudos realizados por Kanner em 1943, tudo que vinha do exterior era experimentado por essas crianças como uma "intrusão assustadora", o que explicava não só a tendência a ignorar o que lhes era perguntado, mas também a recusa de alimentos e o desespero provocado por barulhos fortes ou objetos em movimento. Os ruídos ou movimentos repetidos produzidos por elas próprias, entretanto, não eram acompanhados de manifestações de angústia. Kanner descreveu que ele compreendia que essas angústias eram uma espécie de desejo obsessivo e ansioso pela manutenção da uniformidade, levando à preferência por tudo que se mostrava repetitivo, rotineiro e esquemático.

Segundo o Ministério da saúde (2015), Kanner pode identificar através dos seus estudos que mudanças de residência, mudanças nos trajetos a serem percorridos, na sequência de ações cotidianas ou na posição dos objetos da casa, eram motivos para que estes pacientes fossem provocados por crises de ansiedade e desespero. Kanner, percebeu também, através dos seus estudos, que o medo da mudança e da incompletude os levava à restrição de sua espontaneidade e à ritualização do comportamento no dia-a-dia. Havia sempre uma boa relação com os objetos, especialmente aqueles que não modificavam sua aparência e posição. As relações com as pessoas, por outro lado, estavam gravemente perturbadas, havendo a tendência da criança circular entre os presentes aparentando não distingui-los dos

móveis do ambiente. Por vezes, se dirigia a partes do corpo dos outros, com o objetivo de retirar um pé ou um braço que funcionava como obstáculo ao que queria alcançar. Não olhava os outros no rosto, não se interessava pelo que os adultos conversavam, e se era por eles interpeladas ela não respondia, a não ser que se insistisse muito. Na presença de outras crianças, permanecia sozinha ou nos limites do grupo, não participando de seus jogos.

Kanner concluiu através dos seus estudos que este isolamento social profundo que seus pacientes demonstravam dominavam todo o comportamento. Pode-se identificar também que as dificuldades geralmente bastante precoces no estabelecimento da vida de relações de modo adequado seria um ponto crucial para a distinção entre o Autismo e a esquizofrenia, uma vez que no caso de esquizofrenia uma gradativa mudança no comportamento indicava a retirada do mundo após alguns anos de desenvolvimento normal. Em contrapartida, os pacientes autistas demonstraram distinção em relação aos “débeis mentais” pelas suas capacidades cognitivas de grande potencial, pelo ótimo e notável vocabulário - naqueles que desenvolviam linguagem - e pela grande capacidade de memorização em relação a detalhes ou fatos antigos, acrescentada às suas notáveis fisionomias inteligentes. Demonstrando, portanto, uma ênfase no bom nível intelectual das crianças com autismo, no qual permitia a Kanner afirmar que o problema central era afetivo, e não cognitivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Ao longo do estudo de Kanner, o Ministério da Saúde (2013) identificou que o mesmo oferecia pistas contraditórias sobre as origens de tal quadro, pois em alguns momentos defendia uma intensa dificuldade inata de estabelecer contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas, concomitante sugeriu também que os problemas dos filhos poderiam estar de algum modo relacionando com a personalidade dos pais e o tipo de relações que foram estabelecidas precocemente entre a criança e eles. Somente um ano após a publicação do texto de Kanner, onde demonstrava seus estudos com as 11 crianças,

Hans Asperger, médico de Viena, escreveu o artigo “Psicopatia autística na infância”.

Neste artigo, Asperger se fundamentou nos termos de Bleuler, utilizando também a palavra “Autismo” para descrever seu estudo com quatro crianças que expunham como aspecto central o transtorno no relacionamento com o ambiente a

seu redor, muitas vezes identificando uma compensação pelo alto nível de originalidade no pensamento e atitudes. Essas características denominadas pelo Asperger como autistas, apareceriam a partir do segundo ano de vida da criança e seriam persistentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Asperger identificou em seus pacientes também uma considerável pobreza de expressões gestuais e faciais e, quando as crianças eram inquietas, sua movimentação era estabelecida de modo estereotipado e sem objetivo, havendo movimentos rítmicos repetitivos. Sua fala seria superficial, mas por outro lado manteria atitude criativa em relação à linguagem, exemplificada pelo uso de palavras incomuns e neologismos. Outro ponto a acrescentar seria a capacidade de enxergar eventos a partir de um ponto de vista original, com perspectivas de interesses diferentes das outras crianças de sua idade (especialmente ligado às ciências naturais), o que desvelaria sua “surpreendente maturidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013) fora identificado também através dos 11 pacientes de Kanner no seu estudo em 1943, que o refúgio na abstração, a busca por inventividade e sagacidade seriam diretamente proporcionais ao seu afastamento do ambiente imediato. O aprendizado cotidiano dessas crianças dependeria de regras e leis claras, não se baseando na imitação natural e inconsciente dos comportamentos dos adultos, como ocorreria com as crianças normais. No campo das emoções não se encontrava pobreza afetiva, mas sim uma alteração qualitativa, a desarmonia nas emoções e na disposição. A falta de harmonia entre afeto e intelecto explicaria a hiposensibilidade ou hipersensibilidade no campo dos instintos sexuais e do apetite, e também suas peculiares reações a sons e ao toque.

Seu “extremo egocentrismo” muitas vezes se aliaria a atitudes de malícia e crueldade com as pessoas, sendo também característica a falta de senso de humor. Ao contrário dos casos de Kanner, que demonstravam ter boas relações com os objetos, as crianças de Asperger teriam relações anormais tanto com as pessoas quanto com os objetos, ignorando certos elementos do ambiente ou se fixando exageradamente a outros. Seu olhar não se deteria por muito tempo nas coisas e deslizaria sobre as pessoas. Além disso, algumas crianças se dedicavam a coleções exóticas ou inúteis ou à ordenação de objetos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Ministério da Saúde (2013) pontua ainda que enquanto o artigo de Asperger permanece em partes desconhecido até os anos 1980, o de Kanner, por sua vez, se difunde progressivamente. Kanner virá, até o final da década de 1950, dar ênfase aos

fatores de cunho psicológico ou ambiental, em detrimento dos orgânicos, o que terá seu retorno nos anos de 1960. Na veracidade, apesar de haver uma diversidade de influências teóricas, descrições clínicas e designações existentes naquela época, será o ponto de vista psicogênico que tomará posse do campo psiquiátrico naquele instante, pelo menos até parte dos anos 1970, tendo respaldo pela influência do saber psicanalítico no campo naquela época. O Transtorno do Espectro do Autismo, geralmente e inicialmente incluído no grupo das “psicoses infantis”, será então tratado como um transtorno das fundações do psiquismo infantil, e as propriedades dos pais dos autistas (muitas vezes caracterizados em lastimosas metáforas como a das “mães geladeiras”) são relacionadas com a gênese do quadro de seus filhos.

2.1.2 Evolução dos critérios diagnósticos

Segundo Silva e Mulick (2009), inicialmente o Transtorno Autista fez parte de um grupo de transtornos do desenvolvimento nomeados como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtorno do Espectro do Autismo (TEAs). Esse conjunto de transtornos compartilham sintomas centrais no comprometimento em três áreas específicas do desenvolvimento, a saber: (a) déficits de habilidades sociais, (b) déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e (c) presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Além do autismo, estudos da *World Health Organization* (1992) e *American Psychiatric Association* (2003), mostram que fazem parte desse conjunto o transtorno (ou síndrome) de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância (ou outro transtorno desintegrativo da infância), o transtorno (ou síndrome) de Rett e o transtorno global do desenvolvimento – sem outra especificação (incluindo o autismo atípico).

Atualmente, essa categorização foi modificada, e o DSM-5 trouxe com a sua nova versão do manual, as manifestações comportamentais que definem o TEA, incluindo comprometimentos qualitativos no desenvolvimento sociocomunicativo, bem como a presença de comportamentos estereotipados e de um repertório restrito de interesses e atividades, sendo que os sintomas nessas áreas, quando tomados

conjuntamente, devem limitar ou dificultar o funcionamento diário do indivíduo (APA, 2013).

Segundo Rutter (2011), o TEA é uma condição que tem início precoce e suas dificuldades tendem a comprometer o desenvolvimento do indivíduo, ao longo de sua vida, ocorrendo uma maior variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia, nas áreas que definem o seu diagnóstico. No momento atual, o TEA é compreendido como uma síndrome comportamental complexa que possui etiologias múltiplas, combinando fatores genéticos e ambientais. As pesquisas e estudos atuais mostram que as bases biológicas que buscam explicar a complexidade do transtorno são apenas parcialmente conhecidas e, por isso, o conhecimento, a identificação e o diagnóstico do transtorno baseiam-se nos comportamentos apresentados e na história do desenvolvimento de cada indivíduo (BARBARO, 2009; DALEY, 2004).

Conforme os critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2013), os primeiros sinais do TEA devem aparecer antes dos 36 meses de idade. Contudo, dados empíricos demonstraram que a maioria das crianças apresentam problemas no desenvolvimento entre os 12 e 24 meses (CHAKRABARTI, 2009; CHAWARSKA ET AL., 2007; NOTERDAEME, HUTZELMEYER-NICKELS, 2010), embora Maestro et al. (2002), mostre que alguns desvios qualitativos no desenvolvimento aparecem antes mesmo dos 12 meses.

Nas últimas duas décadas, estudos buscam identificar a idade do reconhecimento dos primeiros sintomas do TEA, se utilizando de entrevistas realizadas com os pais de crianças diagnosticadas com esse transtorno. Com esses estudos, foram encontrados resultados que mostram que os primeiros sintomas no desenvolvimento tendem a ser percebidos pelos pais durante os dois primeiros anos de vida. (CHAKRABARTI, 2009; CHAWARSKA ET AL., 2007).

Segundo Gadia, Tuchman e Rotta (2004), o diagnóstico de autismo teve sua evolução enquanto critérios, sendo estes critérios descritos no Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM. Esses critérios têm evoluído com o passar dos anos. Até o ano de 1980, o autismo não era considerado como uma entidade separada da esquizofrenia, como pode-se perceber por meio da trajetória histórica de construção deste espectro. Já no ano de 1987, o DSM-III-R fundou critérios diagnósticos com um aspecto de desenvolvimento, e deste modo foram estabelecidos dois diagnósticos, desenvolvidos sob o termo "transtorno invasivo (ou global) do desenvolvimento": (1) autismo; e (2) transtorno invasivo (ou global) do

desenvolvimento não-especificado (TID-NE). No exercício da prática, os TID ou transtornos do espectro autista (TEA) têm sido utilizados como categorias diagnósticas em indivíduos com dificuldades significativas na interação social, linguagem/comunicação e padrões repetitivos do comportamento. Os critérios utilizados no DSM-IV para autismo têm um grau elevado de especificidade e sensibilidade em grupos de diversas faixas etárias e entre indivíduos com habilidades cognitivas e de linguagem distintas.

Segundo Halgin e Whitbourne (2015) em 2014 foi lançado o DSM-5, que buscou retirar a síndrome de Rett do TEA, visto que seu gene, chamado de MECP2, localizado no cromossoma X e identificado em 1999, ocorre quase que exclusivamente em meninas. A evolução da doença acontece, normalmente, até os quatro anos de idade, para somente posteriormente apresentar déficits cognitivos e neurológicos, desaceleração do crescimento da cabeça e o surgimento de alguns sintomas do TEA.

Através do quadros a seguir, podemos visualizar uma notável diferença entre os critérios diagnósticos cunhados no DSM-IV e DSM-5:

Quadro 1. Lista de sintomas do transtorno autista, por área de acordo com os critérios oferecidos pelo DSM-IV-TR

<p>COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA INTERAÇÃO SOCIAL</p>	<p>(a) Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;</p> <p>(b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento (i.e., à sua faixa etária);</p> <p>(c) Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (ex., não mostrar, trazer ou apontar objetivos de interesse);</p>
<p>COMPROMETIMENTO QUALITATIVO DA COMUNICAÇÃO</p>	<p>(a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);</p> <p>(b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;</p> <p>(c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;</p> <p>(d) Ausência de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento (i.e., da sua faixa etária).</p>

(CONTINUA)

Quadro 1. Lista de sintomas do transtorno autista, por área de acordo com os critérios oferecidos pelo DSM-IV-TR (CONTINUAÇÃO)

PADRÕES RESTRITOS E REPETITIVOS DE COMPORTAMENTO, INTERESSES E ATIVIDADES	<p>(a) Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;</p> <p>(b) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;</p> <p>(c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo);</p> <p>(d) Preocupação persistente com partes de objetos.</p>
--	--

Fonte: Retirado de DMS-IV (APA, 2003, p. 75).

A seguir, quadro de critérios diagnósticos elaborados pelo DSM-5 (APA, 2013):

Quadro 2. Critérios de diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista pelo DSM-5

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	299.00 (F84.0)
<p>A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais; 2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal; 3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares. 	
ESPECIFICAR A GRADIDADE ATUAL:	
A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos (ver Tabela 2)	
<p>B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos; ver o texto):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas). 2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldade com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente). 	

(CONTINUA)

Quadro 2. Critérios de diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista pelo DSM-5

(CONTINUAÇÃO)

<p>3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).</p> <p>4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).</p>
ESPECIFICAR A GRAVIDADE ATUAL:
A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento (ver Tabela 2).
<p>C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).</p>
<p>D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.</p>
<p>E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento. Deficiência intelectual ou transtorno do espectro autista costumam ser comórbidos; para fazer o diagnóstico da comorbidade de transtorno do espectro autista e deficiência intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral do desenvolvimento.</p>
<p>Nota: indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de transtorno autista, transtorno de Asperger ou transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico de transtorno do espectro autista. Indivíduos com déficits acentuados na comunicação social, cujos sintomas, porém, não atendam, de outra forma, critérios de transtorno do espectro autista, devem ser avaliados em relação a transtorno da comunicação social (pragmática).</p>
<p>ESPECIFICAR SE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com ou sem comprometimento intelectual concomitante; - Com ou sem comprometimento da linguagem concomitante; - Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental (nota para codificação: usar código adicional para identificar a condição médica ou genética associada). - Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental (nota para codificação: usar código(s) adicional(is) para identificar o(s) transtorno(s) do neurodesenvolvimento, mental ou comportamento associado(s).) - Com catatonia (consultar os critérios para definição de catatonia associada a outro transtorno mental, p. 119-120) (nota para codificação: usar o código adicional 293.89 [F06.1] de catatonia associada a transtorno do espectro autista para indicar a presença de catatonia comórbida.)

Fonte: Retirado do Manual DSM – 5 (APA, 2013, p. 50-51).

Partindo da evolução de 10 anos dos critérios diagnósticos do TEA, podemos compreender acerca dessa temática trazendo as contribuições do Ministério da Saúde (2013), na qual discorre que a trajetória do processo diagnóstico coloca em proeminência a pessoa singular, com sua história e características únicas, provendo o contexto indispensável à compreensão do sofrimento ou transtorno mental de cada sujeito. Deste modo, vale salientar a importância de que este processo diagnóstico seja realizado por profissionais com domínio clínico, que contenham experiência com crianças com patologias importantes e que não se demarque estritamente a aplicação de testes e exames.

Onde a pluralidade de hipóteses etiológicas sem consensos conclusivos, a diversidade de formas clínicas e/ou comorbidades que podem acometer a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, estabelecem o encontro de uma diversidade de disciplinas. Sendo preciso avaliar a real necessidade de exames neurológicos, metabólicos e genéticos que de algum modo contribuem ou não para complementar o processo diagnóstico. Desse modo, o profissional deve estar alinhado a atualidade diagnóstica do transtorno para que não cometa erros acerca de mais uma construção estereotipada através da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Mas (2018) atualmente, a saúde pública adota dois principais modelos de sistema de classificação:

- 1) A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, geralmente denominada pela sigla CID, publicada pela Organização Mundial da Saúde, que segundo Cremesp (2012), pode ser utilizada para estatísticas de morbidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e decisões automáticas de suporte em medicina, esse sistema foi cunhado para que houvesse a permissão e promoção a comparação internacional de coleção, processamento, classificação e apresentação do tipo de estatísticas, e atualmente se encontra na sua 10ª edição.
- 2) O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, tendo como sigla DSM, está atualmente em sua 5ª versão, cunhado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), na qual Mas (2018) argumenta que o mesmo é para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais, e também com objetivos que visam ao auxílio das decisões sobre as melhores aplicações dos recursos financeiros de ordem pública com base em dados estatísticos.

Mas (2018), argumenta que há treze anos, esses dois modelos de sistemas estavam em um momento de revisão, estabelecendo-se um momento rico de debates entre os principais profissionais de saúde a respeito da necessidade e forma que seriam as classificações. Após essa nova classificação, várias mudanças foram percebidas - como já demonstrados nos quadros ilustrativos anteriormente – mas de modo especial, percebeu uma mudança no crescimento de uma classificação diagnóstica, o Transtorno do Espectro Autista.

O DSM-III, desenvolvido em 1980, foi o primeiro DSM a trazer o autismo como uma classificação psiquiátrica, e afirmava de modo estatístico existir uma variação de dois a quatro casos de autismo na infância a cada 10 mil criança. Em contrapartida, os Centros de Controle e prevenção de doença em 2014, identificou que esta estatística estava em torno de uma a cada 68 crianças, o que diz respeito a um número 7350 vezes maior do que trazido no ano da elaboração do DSM-III (MAS, 2018).

Desse modo, entende-se que atualmente os critérios diagnósticos de autismo moveu-se de uma categoria classificatória de esquizofrenia para uma subcategoria dos transtornos do desenvolvimento, cunhado como Transtorno do Espectro Autista, que é descrito pelo DSM-5 (2013):

Caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. (APA, 2013, p.31)

2.2 PLANEJAMENTO DE ENSINO INDIVIDUALIZADO

2.2.1 Surgimento do planejamento de Ensino Individualizado

Segundo Ostetto (2000), o ato de planejar é uma atitude de traçar, projetar, programar, elaborar um roteiro para empreender uma viagem de conhecimento, de interação, de experiências múltiplas e significativas para com o grupo de crianças. Planejamento pedagógico é atitude crítica do educador diante de seu trabalho docente. Desse modo, não é uma espécie de molde ou fôrma, ao contrário, é mutável

e flexível, como tal, permite ao educador pensar, revisando, buscando novos significados para a sua prática docente.

A partir dessa perspectiva, podemos compreender através de Pereira (2014), que a trajetória escolar de pessoas com alguma deficiência, mas especificamente os com TEA, foi demarcada por uma trajetória longa de estigmatização, desigualdade de oportunidades e desvalorização. Sugere que esse fenômeno transparecesse a existência de falhas sócio-políticos-educacionais causadoras de uma constante situação de desvantagem desses indivíduos frente à competição escolar.

Nesse contexto abarcado por dificuldades que até hoje nos assombram, atualmente a literatura nacional e internacional apontam o Planejamento de Ensino Individualizado (PEI) como um instrumento essencial que otimiza o ensino e a aprendizagem de estudantes em situação de deficiência. (PACHECO; EGGERTSDÓTTIR; MARINÓSSON ASCHOAL, 2007; VELTRONE, 2011; VALADÃO, 2011; PRETSCH; GLAT, 2012; GLAT; VIANNA. REDIG, 2012; LYNCH; ADAMS, 2008; RUBLE et al., 2010; MITLER, 2003; SMITH, 2008).

O PEI é compreendido como um recurso pedagógico, centrado no aluno, elaborado em conjunto com uma equipe, na qual são estabelecidas metas acadêmicas e funcionais ao aluno com deficiência. Este planejamento pode ser estabelecido a longo ou curto prazo, precisando ser avaliados pelo menos três vezes ao ano ou quando os profissionais sentirem necessário (SMITH, 2008).

Glat, Vianna e Redig (2012, p. 84) conceituam esta estratégia com um

[...] planejamento individualizado, periodicamente avaliado e revisado, que considera o aluno em patamar atual de habilidades, conhecimentos e desenvolvimento, idade cronológica, nível de escolarização já alcançado e objetivos educacionais desejados em curto, médio e longo prazos.

Segundo Munster et al (2014, p.48), o PEI tem como principal objetivo propiciar o desenvolvimento de estratégias pedagógicas “que sejam compatíveis com as necessidades individuais do estudante”. Isto é, o planejamento busca levar em consideração as necessidades individuais dos sujeitos, tendo metas diferenciadas de acordo com as suas peculiaridades. Em contrapartida, outros autores definem este instrumento como “um mecanismo essencial para se garantir os resultados esperados do processo de escolarização de pessoas em situação de deficiência” (TANNÚS-VALADÃO, 2013, p.53). A mesma autora salienta ainda que, o trabalho com o PEI em países da Europa e Estados Unidos é assegurado pela legislação educacional e admite

o acompanhamento do percurso dos estudantes com necessidades educacionais especiais durante sua trajetória na escola.

Segundo Capellini e Rodrigues (2012) se faz muito importante a individualização do ensino como uma nova perspectiva que favorece a colaboração entre docentes, promovendo a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais em salas regulares, já que a partir de sua elaboração, as tarefas entre docentes poderão ser melhor sistematizadas.

2.2.2 Planejamento de Ensino Individualizado no contexto escolar

Mendes (2006) considera que a proposta de inclusão escolar pressupõe não apenas o acesso, mas também a garantia de permanência e a aprendizagem do estudante em situação de deficiência, as matrículas desses estudantes, por si só, não permitem avaliar o impacto da política de inclusão escolar. É necessário investigar estratégias que possibilitem avanços nos resultados de tal política.

Brasil (2013) discorre que a política educacional brasileira antecipa que a escolarização de crianças em cenário de deficiência seja feita em classes comuns de escolas regulares e que esses alunos tenham direito ao “atendimento educacional especializado” (AEE).

Partindo da Constituição Federal de 1988, com contribuição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, os pressupostos da escola inclusiva recebem papel de maior destaque nas iniciativas de reforma do sistema educacional brasileiro, sobretudo, no que se refere às crianças e jovens públicos alvos da Educação Especial – PAEE. Haja visto que o termo AEE surge pela primeira vez na legislação brasileira na Constituição de 1988, Artigo 208, como sendo direito das pessoas com deficiência a um tipo de atendimento, em princípio, concebido como diferente do ensino em classes comuns, e que é previsto como necessário para melhor atender às especificidades dos alunos com deficiência, complementando a educação escolar e devendo estar disponível em todos os níveis de ensino. Esse atendimento necessita ser oferecido em horários distintos dos das aulas das escolas comuns, com outros objetivos, metas e procedimentos educacionais, preferencialmente, na rede regular de ensino (OMS-UNESCO, 1988).

Segundo Brasil (2007) a inclusão na escola, pode ser traduzida como uma ação política, cultural, social e pedagógica que busca garantir o direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando. A Educação Especial vem sendo discutida no cenário brasileiro a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948. Embora, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional apoiar que as pessoas com deficiência precisariam ser inseridas, preferencialmente, no ensino regular, foi somente a partir da Constituição de 1988 influenciado pela Declaração de Jomtien (OMS- UNESCO, 1990) e da Declaração de Salamanca (OMS-UNESCO, 1994), que, no Brasil, iniciou as discussões acerca da universalização da Educação, e a ser praticada nas escolas regulares uma política de Educação Inclusiva, se aproximando da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, promulgada em 2008.

De modo geral, como colocado por Pereira e Nunes (2018) é importante colocar neste cenário, a relevância do uso do Plano Educacional Individualizado (PEI), como uma ferramenta que propicia a acessibilidade curricular do aluno com autismo. Smith (2008) indica que este instrumento se refere a um recurso pedagógico, centrado no aluno, que determina metas acadêmicas e funcionais para os educandos com deficiência. O mapa educacional da criança é constituído e tem a função de descrever, essencialmente, o nível atual de desempenho do aluno e os objetivos educacionais de curto e de longo prazo, relacionados com o currículo destinado ao ensino regular. A obtenção dos objetivos e o alcance das metas escolares é beneficiado pela utilização de meios alternativos e individualizados de ensino e avaliação, adaptando-se às especificidades cognitivas, sensoriais, sociocomunicativas e comportamentais do educando (PEREIRA; NUNES, 2018).

2.2.3 Planejamento de Ensino Individualizado no contexto clínico

Segundo Gomes e Silveira (2016), antes de ensinar novas habilidades para o indivíduo com TEA, é necessário avaliar o desenvolvimento da criança. Para que essa avaliação seja realizada, existem instrumentos disponíveis, adaptados e/ou validados para a população brasileira, que são fundamentais. Essa avaliação deve ser feita exclusivamente por profissionais especializados (psicólogos, terapeutas

ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outros) e cada profissional saberá escolher qual é o instrumento mais adequado para cada criança.

Esse tipo de avaliação se fundamenta principalmente na capacidade de se obter uma visão geral a respeito do desenvolvimento da criança; visto que o autismo é um transtorno que afeta várias áreas do desenvolvimento infantil, é fundamental ter uma espécie de padrão de medidas que indiquem quais áreas estão atrasadas, defasadas, qual é a dimensão do atraso em cada área e quais áreas estão de acordo com o que é esperado para a idade cronológica da criança. Essa visualização geral e completa do desenvolvimento da criança será essencial no planejamento da Intervenção Comportamental Intensiva, como proposto por profissionais da análise do comportamento, recomendando quais áreas devem ser estimuladas e em que magnitude, haja visto que o objetivo da intervenção deve ser o de aproximar ao máximo o desenvolvimento da criança com autismo ao de crianças típicas, sem autismo ou quaisquer outros tipos de transtornos (GOMES; SILVEIRA, 2016).

Gomes e Silveira (2016) argumentam ainda que crianças com autismo podem manifestar alterações e atrasos em várias áreas do desenvolvimento. A literatura científica tem indicado, até o momento, que Intervenções Comportamentais Intensivas envolvem as estratégias mais eficientes para o tratamento do autismo. Salientam ainda que um dos aspectos fundamentais para a concretização desse tipo de intervenção é o ensino sistemático e simultâneo de habilidades em várias áreas do desenvolvimento. Ou seja, muitos comportamentos serão ensinados ao mesmo tempo e um dos desafios é coordenar o ensino e a aprendizagem desses comportamentos.

O currículo é uma ferramenta composta por um apanhado de conteúdos que se almeja ensinar em um prazo específico, sendo importante para auxiliar a nortear, organizar e administrar o ensino, isto quando se deseja ensinar muitas habilidades ao mesmo tempo. Partindo de um currículo pode-se planejar o que vai ser ensinado a curto, médio e longo prazo. Esse currículo pode ser compreendido como um programa dividido em 5 áreas: 1. Habilidades de Atenção; 2. Habilidades de Imitação; 3. Habilidades de Linguagem Receptiva; 4. Habilidades de Linguagem Expressiva; e 5. Habilidades Pré-Acadêmicas. Visto que cada área é composta por Programas de Ensino variados, sendo no total 28 programas de ensino (GOMES; SILVEIRA, 2016).

2.2.4 Papel da família

Sprovieri e Júnior (2001) discorrem que a família, do ponto de vista social, é definida como um sistema social, visto que no seu interior podem ser encontrados subsistemas, obedecendo a ordem de seu tamanho e da definição de papéis. As relações familiares dão consistência aos próprios acontecimentos da vida e desse modo recebem seu significado e, através dele são entregues a experiência individual. Desse modo, ela se torna união básica de desenvolvimento das experiências das realizações e dos fracassos do homem. Sua organização e estrutura não são estáveis. Esse padrão social oferece diretrizes para o seu funcionamento a fim de que ela lhe seja útil. Sendo assim, a família, se constitui de uma rede complexa de relações e emoções pela qual são abarcados, a todo momento, sentimentos e comportamentos sendo a simples descrição de seus elementos de uma família, escasso para transmitir a riqueza e complexidade relacional de sua estrutura.

Ciclos desenvolvimentais abarcam a família em um longo ciclo de eventos que abrangem diferentes gerações e vários contextos histórico-sócio-culturais. Desse modo, no caso de uma dinâmica familiar onde um dos integrantes é autista, ela constitui instituição social significativa, visto que há consequências para o indivíduo autista, influenciando na sua posição social e no seu estilo de vida, em seus relacionamentos internos e nos vínculos com o mundo externo. A caracterização de autismo, ampara que ele afeta seriamente o grupo familiar quando o mesmo passa a viver com o problema (SPROVIERI; JÚNIOR, 2001).

Comumente, quando um indivíduo dentro das relações familiares apresenta uma doença, os outros são naturalmente afetados. Os obstáculos vivenciados frente à doença levam-na a experimentar alguns tipos de limitação permanente, que são percebidos em sua capacidade adaptativa ao longo do desenvolvimento. Assim, o autismo do filho coloca os pais frente a emoções de luto pela perda da criança saudável que esperavam. Apresentam, por isso, sentimentos de desvalia por terem sido escolhidos para viver essa experiência dolorosa (SPROVIERI; JÚNIOR, 2001).

Um indivíduo com autismo leva a dinâmica familiar a viver rupturas por vivenciar suas atividades sociais normais de modo diferente, transformando o clima emocional no qual vive. A família desenvolve uma conexão à disfunção de sua criança, constituindo tal fator determinante no início de sua adaptação. Concomitante, fica inexequível reportar normas e valores sociais e, por conseguinte, manter o contexto

social. Desse modo, a família se encontra frustrada e diminuída frente ao ambiente, com os pais e a criança passando a ser desvalorizados. Visto que a limitação em um elemento afeta não apenas os relacionamentos entre o “doente” e os demais, mas também entre os outros elementos do grupo. Os autores argumentam que as relações familiares são então afetadas, modificadas com a presença de uma criança autista, e a comunicação conjugal torna-se confusa aparecendo agressividade. Salientam, portanto, a importância de haver um posicionamento pautado pela aceitação realística da situação, uma vez que o medo e a incerteza passam a ser emoções comuns aos pais de uma criança problema.

3 MÉTODO

Este estudo foi uma pesquisa qualitativa, na qual Dalfovo, Lana e Silveira (2008) definem que a mesma descreve a complexidade de determinado problema e permite uma compreensão do contexto da situação e do significado dos fenômenos. Com pesquisas estruturadas desse modo, objetivou-se verificar a relação da realidade com o objeto de estudo, possibilitando a obtenção de diversas interpretações de uma análise indutiva do pesquisador. A pesquisa qualitativa adota uma flexibilidade em seu processo de condução, sendo capaz de ter uma definição a priori ou a posteriori dos caminhos a se seguir. Denota, também, outras características como a preocupação com o contexto, reconhecimento do impacto do processo da pesquisa, como também a influência trocada entre pesquisador e pesquisado, enfatizando a subjetividade tendo o foco na interpretação. O delineamento de pesquisa do presente trabalho foi um estudo de caso, na qual pode ser descrito por Yin (apud GIL, 2008), como um estudo empírico que tem como função investigar um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são muito bem definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência. O estudo de caso pode ser utilizado tanto em pesquisas exploratórias quanto descritivas e explicativas.

3.1 PARTICIPANTES

O tipo de amostra desta pesquisa foi por acessibilidade, definido por Gil (2008) como uma das amostragens menos rigorosa, selecionando os elementos que tem acesso, pressupondo que estes possam, de alguma maneira, representar o universo. Este tipo de amostragem se aplica em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é solicitado elevado nível de precisão.

Os participantes foram: 01 profissional de psicologia capacitado que aplique o PEI e tenha experiência com o mesmo e; 01 casal de pais/responsáveis pela criança que já passou por este processo do PEI e esteja finalizado este trabalho. Os critérios de inclusão dos participantes foram: em relação ao profissional de psicologia: ter no mínimo 5 anos de atuação na elaboração e aplicação do PEI com crianças com TEA,

e, em relação aos pais e/ou responsáveis da criança com TEA: ter uma criança com TEA que tenha passado pelo PEI e que atualmente esteja finalizado este trabalho.

3.2 LOCAL

O local das entrevistas foi na casa do participante e através de vídeo chamada, devido ao contexto atual da pandemia do Covid-19, como uma forma para que o mesmo se sinta confortável em responder a entrevista. Uma vez, que fora na residência do participante foi tomado cuidado para que não haja intromissões de outras pessoas durante a entrevista. E esteve esclarecido para a participante da necessidade da entrevista ser em um local da casa em que ficasse garantido a não passagem de pessoas durante o tempo da entrevista. Em relação a chamada de vídeo, fora estabelecido os mesmos protocolos de sigilo.

3.3 INSTRUMENTOS

Como instrumento se utilizou a entrevista semidirigida, pois segundo Macedo e Carrasco (2005), contém uma organização de perguntas abertas e fechadas que auxiliam para uma investigação mais ampla acerca da demanda, acrescentando também a possibilidade de explorar de acordo com a necessidade o material trazido pelo entrevistado, buscando não perder o foco. O roteiro de perguntas foi construído com base nos objetivos desta pesquisa (ANEXO A).

Segundo Gil (2002), para realizar uma entrevista semidirigida faz-se necessário seguir uma estratégia composta por duas etapas. A primeira etapa se define em especificar os dados que se pretende obter, e a segunda, em escolher e criar as perguntas, buscando sempre atender a coerência para com os objetivos da pesquisa e do público a ser entrevistado. Para a realização da entrevista, foi utilizado um gravador de voz para a entrevista e, após transcrever na íntegra a entrevista, o áudio foi apagado.

3.4 COLETA DE DADOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob parecer número 4.018.829.

Para a coleta de dados, os participantes foram recrutados por meio da amostragem bola de neve, que segundo Biernacki e Waldorf (1981), é uma das técnicas de amostragem conhecida como “snowball sampling” ou como cadeia de informantes, sendo definida como um tipo de amostra por referência, podendo o número de sujeitos serem definidos utilizando os critérios de acessibilidade; experiência e envolvimento dos líderes em processos de avaliação institucional, o conhecimento, competências e habilidades sobre o objeto do estudo.

Os participantes foram contatados a partir da rede de contatos da pesquisadora, uma vez que estejam dentro dos critérios de inclusão e então informada sobre a pesquisa bem como de sua contribuição ao participar. Desse modo, não houve nenhuma necessidade de contato com uma instituição escolar. Após a indicação de pessoas e realizado o contato, o participante foi convidado a participar da presente pesquisa e mediante aceitação, foi agendado um dia e horário para a realização da entrevista na casa do participante. Assim, que confirmado a entrevista previamente, o pesquisador compareceu sozinho na casa do participante no horário estabelecido, levando o gravador e o TCLE - Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

Antes de iniciar a entrevista, foi lido o que consta no TCLE para que o participante esteja ciente e mediante a assinatura do mesmo que corresponde com tal consentimento, foi realizada a entrevista com um gravador de voz, tendo como base um roteiro previamente estabelecido com base nos objetivos desta pesquisa. Após a transcrição na íntegra, o áudio foi apagado.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar o presente trabalho foi utilizado o método de análise por categorização, na qual pode ser descrito como uma

organização dos dados de forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir deles. Isso requer a construção de um conjunto de categorias descritivas, que podem ser fundamentadas no referencial teórico da pesquisa. Nem sempre, porém, essas categorias podem ser definidas de imediato. Para se chegar a elas, é preciso ler e reler o material obtido até que se tenha o domínio de seu conteúdo para, em seguida, contrastá-lo com o referencial teórico” (GIL, 2008, p.134).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho respeitou a todas as exigências éticas cabíveis recomendadas pelo Conselho Federal de Psicologia e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté.

3.7 RISCOS

A pesquisa apresenta risco mínimo, porém o possível risco que a pesquisa pôde causar, constituiu caso o participante se sinta desconfortável emocionalmente, inseguro ou tenha o desejo de não fornecer alguma informação solicitada pela pesquisadora. Com vistas a prevenir possíveis riscos, ficou garantido o direito de deixar de responder qualquer pergunta que julgue por bem assim proceder ou, solicitar que, os dados fornecidos durante a coleta, não sejam utilizados.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DAS CATEGORIAS DA PROFISSIONAL

CATEGORIA 1 – Técnicas da Profissional utilizando PEI

“Na verdade, primeiro a gente tem a entrevista com os pais, que né a gente faz o levantamento de queixa do histórico da criança pra depois, faz a observação da criança. Eu procuro ir no máximo de ambientes onde a criança esteja, na escola, casa, aulas, todos os ambientes que a criança participa. Depois da observação é feita uma avaliação. Essa avaliação aí depende de cada criança, e depois essa avaliação, é feita outra reunião com os pais. Pra ver os objetivos deles novamente e eu entro em contato com toda a equipe que está com a criança no momento, a escola, pra fazer o planejamento, o que, quais são os objetivos, tanto de a criança adquirir comportamentos, quanto diminuir comportamentos inadequados.”

“A aplicação é feita ou no ambiente controlado onde a gente procura eliminar o máximo de variáveis intervenientes e faz de forma estruturada com a criança, faz a elaboração dos objetivos, cria tabelas para poder fazer a intervenção ou é feita de forma naturalística onde a gente procura pegar um ambiente natural e através dele fazer o ensino.”

“Os métodos mais utilizados que talvez seja mais. Eu particularmente uso o método de tentativa discreta, O DTT, o treino de tentativa discreta onde tá o registro bem estruturado de cada resposta onde é anotado tudo o que é que a criança, todas as respostas das crianças. Tudo o que foi, se houve dica, se não houve dica. A maneira com que a criança está aprendendo é registrada passo a passo, e a forma naturalística que eu aproveito onde a gente vai passear em supermercado, em shopping, toda oportunidade de comportamento é aproveitada como ensino.”

Em relação a técnica utilizada no PEI e como ela é desenvolvida ao longo do processo, é trazido pela profissional especialista na área relacionando-a aos estudos de Gomes e Silveira (2016) que inicialmente deve ser feito uma avaliação do desenvolvimento da criança com autismo. Como salientado por elas existem alguns instrumentos para esta avaliação, adaptados e/ou validados para a população brasileira, que são de muita utilidade. E a funcionalidade desse tipo de avaliação é

exatamente alcançar uma visão geral a respeito do desenvolvimento da criança, como a profissional entrevistada argumentou. Antes de qualquer planejamento e elaboração do PEI, deve ser realizado observações e posteriormente uma avaliação global dessa criança, como o transtorno do espectro autismo é um transtorno que toca várias áreas do desenvolvimento infantil, é de suma importância ter um padrão de medida que indique quais áreas estão atrasadas, de que natureza é o tamanho do atraso em cada área e quais áreas estão de acordo com o que é esperado para a idade cronológica da criança. Essa visualização global de como está o andamento dessa criança no que diz respeito ao seu desenvolvimento, vai auxiliar no planejamento da Intervenção, indicando as áreas que devem ser estimuladas e em que proporção, visto que a intervenção tem como objetivo o de aproximar ao máximo o desenvolvimento da criança com autismo ao de crianças típicas, sem autismo ou quaisquer outros tipos de transtornos (GOMES; SILVEIRA, 2016).

Em relação a organização em que a técnica ocorre, como por exemplo o espaço em que se realiza, a profissional coloca que a aplicação deve ser realizada em um ambiente controlado, ou seja, um ambiente em que não haja variáveis intervenientes que prejudiquem a aplicação. A aplicação pode ser de modo estruturado, desenvolvendo tabelas e elaborando objetivos mais sistemáticos, ou de modo naturalístico, onde a profissional relata que se busca um ambiente natural da criança e através dele realiza o ensino.

Nesse tocante, Fernandes e Amato (2013) argumentam que programas que tem como base a intervenção ABA (Análise do Comportamento Aplicada) estabelecem a investigação minuciosa dos fatores ambientais e de sua interferência nos comportamentos da criança com autismo, averiguando a identificação dos determinantes do comportamento e dos fatores que possivelmente resultarão na sua repetição. Esses elementos são de suma importância para o delineamento e acompanhamento de todos os processos de intervenção. Os programas frequentemente abrangem as habilidades verbais e de comunicação em níveis de magnitude da intervenção semelhantes aos destinados às habilidades cognitivas e acadêmicas e às dificuldades de comportamento. Além do mais, o emprego dos princípios da ABA e a formação específica e consistente dos terapeutas também são consideradas elementos essenciais para o sucesso da proposta.

Em relação as regras utilizadas no PEI, a profissional participante argumenta que utiliza o Método de Tentativa Discreta, onde está um registro estruturado de cada

resposta, sendo anotado tudo o que a criança apresenta, visto que o Método de Tentativa Discreta (DTT), vem do inglês *Discrete Trial Teaching*. Como argumentado pela profissional entrevistada, este treino é um registro bem estruturado, onde tudo que a criança apresenta é anotado e registrado de modo sistemático. Smith (2001) apresenta em seu estudo que o DTT é baseado na decomposição de comportamentos com o intuito de formar seus componentes de modo isolado. Varella e Souza (2018) apresentam que o procedimento acontece em colocações repetidas de uma numeração pré-determinada de tentativas, com cada tentativa definida embasado em uma contingência de três termos. Geralmente, dá-se início quando o terapeuta/aplicador disponibiliza os materiais necessários, alcança a atenção do aprendiz e mostra uma instrução ou uma pergunta (antecedente). Nesse momento então, são dados ao aprendiz determinados segundos para emitir o comportamento-alvo (resposta), e, por fim, o terapeuta/aplicador reforça ou corrige a resposta/ausência de resposta do aprendiz (consequência) a depender de como este responde à instrução. Após manejar as consequências, um espaçamento entre tentativas sinaliza o encerramento da tentativa até o terapeuta/aplicador retornar ao início do procedimento ao manejar os antecedentes, iniciando novamente outra tentativa.

CATEGORIA 2 – Propósitos do PEI

“É, os objetivos são traçados semanalmente. A gente monta os objetivos, ele é descrito, são feitas as tabelas de registro e a cada comportamento, a cada comportamento alcançado a gente vai mudando o objetivo. Esse é um registro. O número de tentativas é pré-estabelecido nessa nos objetivos da semana e a cada é registrado de forma se teve ajuda, se teve dicas, pra gente alcançando o objetivo da criança, atingir o comportamento alvo. Deixa eu ver o que mais. É esses objetivos traçado junto com uma supervisão que é feita quinzenalmente para que seja analisado todas as variáveis possíveis que estejam interferindo ou não no ensino até o viés do terapeuta. Por isso essa avaliação quinzenal.”

A profissional entrevistada argumentou sobre os propósitos e como os alvos seguem para ser atingidos, discorreu que os objetivos são traçados semanalmente, acompanhando os passos da criança e observando se os objetivos estão sendo

alcançados. Todos os dados trazidos em meio as sessões, é relatado pela profissional a importância de registrar em tabelas e posteriormente é apresentado em gráficos. Gomes e Silveira (2016) relatam que o Protocolo de Objetivos e Metas é utilizado quando a habilidade a ser ensinada é constituída por muitos comportamentos e torna-se inviável o ensino de todos ao mesmo tempo. Ele é composto por uma tabela de quatro colunas: a primeira coluna apresenta os objetivos (todos os comportamentos que desejamos ensinar à criança naquele Programa de Ensino) e as colunas seguintes, que devem ser preenchidas pelo educador, são intituladas de “Não ensinado”, “Ensino” e “Manutenção”, nessa ordem.

4.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS DA FAMÍLIA

CATEGORIA 1 – Resultados observados após a utilização do PEI

“Então, hoje o A. tá com sete anos, ele iniciou a intervenção com um ano e oito meses. E acho que vale a pena eu relatar duas experiências, né? Logo que ele teve o diagnóstico, foi feita uma avaliação inicial dele só que uma avaliação mais informal, assim do repertório dele. Não foi aplicada VB-MAPP. Mas, se eu puder te falar assim, ele tinha muito pouco repertório né? Então, foi feito um plano de ensino individualizado pra ele. A terapeuta na verdade que fez essa avaliação, que era supervisora dele, ela era bem experiente. E, assim, eu acho que não teve nenhum prejuízo desse plano de ensino individual, não ter sido feito com esses protocolos formais, né? De avaliação. Então, porque ele iniciou com os programas bem básicos, assim, né? Então, só pra você ter noção, ele não fazia mando, exceto pelo, por choro e mesmo assim era pouco choro, viu? Porque ele pedia poucas coisas mesmo. Ele tinha muita pouca iniciativa, mas então assim, ele começou com o básico mesmo. Era o apontar, enfim. Sem dúvida, você tem um plano de ensino individualizado, faz toda a diferença, porque vai contemplar as necessidades, né, da sua criança.”

“A gente notou diferença no A. em todas as esferas mesmo, né? Como ele se relaciona com tudo no mundo, com as pessoas, com os objetos, com as atividades, com tudo. Hoje ele é bem funcional, então, assim, aquele comportamento mais estereotipado que existia, deu espaço, foi ampliado o repertório, que era um dos objetivos do plano de ensino dele, ampliar repertório de brincadeira e tal. Evitar

momentos de ociosidade, então a gente sempre manteve ele com muitas atividades justamente pra não ter tempo ocioso, porque a gente sabe que é um tempo em que a criança muitas vezes se engaja em estereotipia e fica, geralmente, aquela coisa disfuncional, né? E é isso, no geral.”

Em relação aos resultados encontrados após a aplicação do PEI, a família traz em seu relato o histórico do filho frente ao início da avaliação, contextualizando como se procedeu a inserção do PEI na vida dele. Expondo o início da trajetória em relação à uma criança com baixo repertório comportamental e baixa motivação frente aos estímulos. Gomes e Silveira (2016) apontam que um dos principais pilares para a realização desse tipo de intervenção é o ensino sistemático e simultâneo de habilidades em várias áreas do desenvolvimento, mesmo que a família tenha salientado que a avaliação tenha sido realizada de modo básico, eles perceberam o quanto isso trouxe um diferencial na vida da criança. Haja visto que muitos comportamentos são ensinados concomitantemente e um dos desafios é ordenar o ensino e a aprendizagem desses comportamentos. Gomes e Silveira (2016) salientam ainda que o PEI é caracterizado como um instrumento formado por uma variedade de conteúdos que se espera ensinar em um prazo específico; sendo de suma importância para auxiliar a nortear, organizar e administrar o ensino, isso quando se deseja ensinar muitas habilidades ao mesmo tempo. Este instrumento é capaz de planejar o que vai ser ensinado a curto, médio e longo prazo.

CATEGORIA 2 – Relevâncias do PEI

“E acho que uma coisa importante também pra destacar é você incluir no plano de ensino também algumas questões apontadas pela família, né? Porque às vezes existem alguns comportamentos acontecendo, enfim, sei lá, algum disruptivo ou alguma habilidade que seja importante praquele momento no núcleo familiar. Acho que talvez as vezes, dependendo, pode até ser um reforço pros pais, até porque eles precisam tá engajados e motivados, né? Então, acho que isso, sim, precisa ser considerado. E durante a trajetória do A., a gente sempre teve isso? A gente teve a nossa participação sempre pra ajudar, né? Ah enfim, eleger algum programa. É claro que hoje, de uma maneira diferente, até pelo conhecimento que eu vim adquirido ao longo do tempo, né? Enfim, mas só pra te falar que a gente viu sim evolução do A.

nesse processo, mas lembrar que não adianta você ter um plano de ensino, se você não tem um bom aplicador, um bom supervisor, alguém monitorando, fazendo os registros pra acompanhar, pra ver se a criança está atingindo critério, ou se precisa ser feita alguma adaptação, modificação do programa, quer seja dos estímulos, quer seja se a criança tem ou não pré-requisito. Acho que a questão da avaliação ajuda pra gente ver se a criança tá no momento certo pra se aplicar aquele programa.”

“De forma resumida, como você está abordando sobre o PEI, isso se estende a escola também, então além dos programas que a gente faz em casa, na clínica, a gente tem também um plano voltado pra escola, que envolve os professores, os colegas, dependendo do tipo de objetivo. Por exemplo a gente tem um programa de habilidade social no PEI dele, então entra não só eu, mas o restante, os outros alunos também.”

“Mas, enfim, eu acho sim, que é importante ter o PEI, só que não é só o PEI isolado, existe também aquilo que eu falei, que é a questão da aplicação, como é feita e como é feito esse monitoramento. Pensando que é um programa individualizado isso faz toda a diferença, que não é um uma receita de bolo, né? Então, muitas vezes a gente tem que fazer alguns ajustes que são muito específicos daquela criança. E é isso, a gente viu muita diferença sim, do A., como eu te falei, e atribuo, sim, a intervenção. E eu acho que a participação é importante ter um PEI que todos tenham ciência desse PEI, né? Todos que acompanham essa criança. Pensando aí na integração da equipe, né? Nessa questão de abordagem multidisciplinar e os pais sempre cientes e acompanhando o processo.”

A despeito da relevância do PEI, a família discorre o quanto é importante se estabelecer uma relação entre todos os atores da vida da criança, incluindo em primeiro lugar o engajamento da família em todo o processo. A partir disso, Falceto (1989), Sprovieri e Assumpção Jr. (2001) argumentam que as famílias de crianças autistas apresentam dificuldades mais claras no sentido de fortalecer o vínculo, como por exemplo a comunicação, afeto e contato, fazendo-se distantes das crianças com autismo. Desse modo, Nascimento (2016) compreende que é possível verificar que possui uma mudança no padrão de que antes os pais eram julgados culpados pelo nascimento do filho autista, pois estudos de alguns teóricos apontavam que em algum momento do processo de gravidez a negação ou rejeição em relação a criança demonstrava ser a principal variável para o diagnóstico do autismo na criança. Portanto, atualmente, esta teoria está sendo modificada como uma variável principal,

onde os pais tornam-se membros essenciais no processo terapêutico de seu filho, de modo que o fortalecimento do vínculo com a criança está sendo cada vez mais importante e decisivo no desempenho da criança.

No ponto de vista da família, a escola também exerce papel fundamental na vida dessa criança, visto que o PEI deve estar em harmonia com os objetivos traçados pela escola, sendo sempre realizado um trabalho em conjunto. Neste sentido, Leite, Borelli e Martins (2013) discorrem que a educação é idealizada como um conjunto de recursos, estratégias, metodologias, conteúdos e recursos humanos que, estando organizados e colocados nas diversas áreas do universo escolar, devem produzir valores, condutas e processos que apontem à valorização e ao respeito à diversidade humana, à apropriação de conhecimentos, à formação cidadã e aos novos olhares e práticas sobre o ensinar e o aprender. Nascimento (2016) acrescenta ainda que com embasamento nessa perspectiva, revela uma finalidade clara e única da educação: disponibilizar as circunstâncias necessárias e suficientes para o acesso, a permanência e o êxito acadêmico de todos os alunos, sem exclusão, nas mais diversas dimensões, como por exemplo domínio de conhecimentos, socialização, dentre outras competências humanas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática trazida neste trabalho se faz muito importante no contexto atual em que há um aumento significativo nos diagnósticos de crianças com Transtorno do Espectro Autista e uma alta procura de profissionais especializados nesta área, para um melhor atendimento a criança e um diagnóstico assertivo e precoce.

Conforme visto ao longo da pesquisa, a criança que apresenta o TEA indica um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente atípico da inserção social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. Através disso, fora compreendido que o Planejamento de Ensino Individualizado exerce na vida dessa criança um papel fundamental de avaliação desenvolvimental e oportunidade de ensino de novas habilidades. Partindo dessa perspectiva, esta pesquisa buscou identificar e compreender justamente os efeitos da aplicação do PEI em criança com Transtorno do Espectro Autista, sob uma perspectiva do profissional especializado que elabora este plano e sob o olhar de uma família que estabeleceu contato por um período de tempo significativo, capaz de vislumbrar os resultados conquistados ao longo do processo.

A perspectiva da profissional acerca do Planejamento de Ensino Individualizado fora trazida de modo estruturado e sistemático, apresentado de modo detalhado sobre as estratégias que se utiliza para a elaboração do PEI, que diz respeito a: ter um olhar amplo em relação a criança, compreendendo os repertórios (motores, sociais e linguístico) da criança, o que é esperado no desenvolvimento infantil, os comportamentos disruptivos que se apresenta e quais contingências devem ser consideradas no seu cotidiano, para que se tenha uma vida funcional e com qualidade.

A profissional salienta ainda, a importância de estar em constante contato com toda a equipe responsável pelos atendimentos da criança, afim de buscar o máximo de ambientes que a criança geralmente comparece, como escola e outras terapias. Ressalta também, a relevância de ter o primeiro contato com os pais, para realizar entrevista e identificar quais as expectativas em relação ao filho, para que os objetivos sejam traçados de modo coerente e ao alcance da faixa desenvolvimental da criança. Em seguida, realiza-se algumas observações no contexto em que a criança está inserida. A elaboração do PEI é um trabalho em conjunto, estando em harmonia com os pais, a escola, a equipe multidisciplinar e acima de tudo, e mais importante, a

criança. Desse modo, é elaborado um Programa de Ensino especialmente para esta criança, com todos os objetivos traçados e esperados, a curto, médio e longo prazo. Para que isso ocorra, a profissional apresenta alguns caminhos, sendo os mais utilizados o ensino realizado em um ambiente controlado, onde se espera que haja o mínimo de variáveis intervenientes enquanto se é aplicado o ensino estruturado. Outra perspectiva, seria um ambiente naturalístico, onde se realiza o ensino com a criança em ambientes cotidianos, como por exemplo a casa, o supermercado, parques e entre outros. É cabível ressaltar a importância de elaborar tabelas e posteriormente gráficos, do que foi alcançado com esta criança durante o ensino, seja em ambiente controlado ou recorrentes.

Em relação ao método a profissional argumenta que utiliza o Método de Tentativa Discreta, onde se realiza de forma bem estruturada e detalhada em relação ao ensino, com anotações absolutamente tudo que a criança realiza no ambiente. Uma descrição bastante detalhada quanto às dicas, e quantas foram, sobre quais comportamentos foram reforçados, se a criança emitiu motivação frente aos estímulos e, também, sobre quais contingências foram aversivas no momento do ensino para a criança.

Em contrapartida, a perspectiva da família frente ao Planejamento de Ensino Individualizado, fora de suma importância também para a compreensão e identificação da importância dos efeitos do PEI após a sua aplicação. A família afirma que o PEI fez parte da vida do filho desde muito cedo, haja visto que o diagnóstico fora realizado precocemente. Embora, a primeira avaliação e o primeiro PEI não tenha sido elaborado de modo tão sistemático, eles salientaram que o mesmo trouxe benefícios à vida do filho e conseqüentemente às relações familiares. Como citado anteriormente, pela entrevista realizada com a profissional, para que o PEI aconteça, existe um caminho a ser percorrido, e por meio da entrevista com a família percebemos que este caminho fora percorrido com a criança.

A família expõe que inicialmente o filho apresentava pouco repertório comportamental frente aos estímulos e que isso fora um desafio para a elaboração do PEI, pois a motivação do filho em relação aos estímulos era baixa, de difícil reforçamento. Salientam ainda que os comportamentos estereotipados e o baixo repertório, foram substituídos por uma ampliação do seu repertório comportamental, como por exemplo as brincadeiras, sendo hoje uma criança que emite comportamentos extremamente funcionais.

A família aponta ainda, a importância de haver uma elaboração conjunta do PEI, uma vez que compreende quais são suas expectativas e o que eles podem agregar ao planejamento para a criança. A mãe da criança argumentou da importância de se ter conhecimento frente a isso e que este comportamento foi de suma importância para o engajamento deles no tratamento do filho. É preciso levar em consideração os comportamentos que a criança apresenta em sua realidade e traçar expectativas possíveis de serem alcançadas para que o PEI não se torne aversivo e impossível de alcançar os objetivos.

Outros aspectos importantes trazidos pela família foram, a importância de se construir um PEI juntamente com a escola, para que o ensino se estenda da casa e do setting terapêutico para outros espaços; e também a importância de não se construir um PEI isolado, ou seja, a família discorre da relevância de ter um monitoramento de supervisores e pessoas especializadas para tal ensino.

Diante do que foi constatado, discutido e encontrado nesta pesquisa, podemos identificar e compreender o quanto o Planejamento de Ensino Individualizado, quando bem aplicado e seguido todos os procedimentos, torna-se importante na vida funcional desta criança. Quanto ao contexto da escola, é importante também para que se tenha uma melhor inclusão em sala de aula, ou no seu ambiente natural, como casa. Por meio do PEI, a criança estabelece novos repertórios comportamentais, habilidades sociais e conseqüentemente, uma qualidade de vida melhor e mais funcional.

Recomenda-se para futuras pesquisas, um maior aprofundamento no que diz respeito às relações da criança com Transtorno do Espectro Autista, como o engajamento dos pais influencia no processo psicoterápico dessa criança. Outro aspecto importante a ser levado em consideração, é como os profissionais se preparam academicamente para atuar com esta demanda específica.

Ao conhecer uma criança com TEA e se estabelecer uma relação terapêutica com ela, seja a curto, a médio ou a longo prazo, é muito importante se desvelar em relação a qualquer conceito frente ao espectro, pois não há uma receita que se segue acerca do tratamento. Desse modo, como colocado por Virgínia Axline em seu livro *Dibs em busca de si mesmo* “encontrava-me diante do desconhecido, onde uma luz baixa escondia as linhas da realidade e arremessava uma nuvem de incertezas sobre o amanhã. Nada se podia afirmar, nem negar. Sem os lampejos da evidência inequívoca, defrontava-me com o mistério daquele ser, numa atitude de respeito e

humildade.”, assim deve ser feito, em uma atitude de respeito e humildade com o trabalho do PEI com crianças que tem TEA e suas famílias.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5a. ed., Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR, manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4a ed. rev. Porto Alegre: Artmed., 2003.

BARBARO, J. Autism Spectrum Disorders in infancy and toddlerhood: A review of the evidence on early signs, early identification tool, and early diagnosis. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 30, n. 5, p. 447-459, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19823139/>. Acesso em 12 abr. 2020.

BERCHERIE, P. **A clínica psiquiátrica da infância: estudo histórico**. In: CIRINO, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, Thousand Oaks, CA, v. 10, n. 2, 1981. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/004912418101000205?journalCode=sra>. Acesso em 23 abr. 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de atenção psicossocial do SUS**. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em 12 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Educação. **Censo Escolar 2017: notas estatísticas**. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP). Brasília, 2018. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/notas_estatisticas/2018/notas_estatisticas_Censo_Escolar_2017.pdf. Acesso 09 abr. 2020.

BRASIL. Projeto Escola Viva. **Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola. Alunos com necessidades educacionais especiais**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial, 2000.

CAPELLINI, V. L. M. F.; RODRIGUES, O. M. P. R. **Educação Inclusiva: um novo olhar para a avaliação e o planejamento de ensino**. Bauru: UNESP/FC/MEC. 2012

CHAKRABARITI, S. Early identification of Autism. **Indian Pediatrics**, v. 46, n.17, p. 412-414, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5232420/>. Acesso 16 ago. 2020.

CHAWARSKA, K. et al. Parental recognition of developmental problems in toddlers with ASD. **Journal of Autism and Developmental Disorder**, v. 37, p. 62-73, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6604734_Parental_Recognition_of_Developmental_Problems_in_Toddlers_with_Autism_Spectrum_Disorders. Acesso em 27 ago. 2020.

DALEY, T. From symptom recognition to diagnosis: children with autism in urban India. **Social Science & Medicine**, v. 58, p.1323-1335, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14759679/>. Acesso em 24 abr. 2020.

DALFOVO, M. S.; LANA R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p.01-13, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277098690_METODOS_QUANTITATIVOS_E_QUALITATIVOS_UM_RESGATE_TEORICO. Acesso em 12 ago. 2020.

FALCETO, O. G. Diagnóstico psiquiátrico da família: um esquema. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 11, n. 2, p.131-6, 1989. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/35884198/grupo-de-familiares-de-pessoas-com-autismo-relatos-de-experiencias/4>. Acesso em 04 de abr. 2020.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Análise de Comportamento Aplicada e Distúrbios do Espectro do Autismo: revisão de literatura. **Communication Disorders, Audiology and Swallowing**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822013000300016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 05 ago. 2020.

GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N. T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **The Journal of Pediatrics**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 8394, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300011. Acesso em 29 abr. 2020.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GLAT, R.; VIANNA, M. M.; REDIG, A. G. Plano Educacional Individualizado: uma estratégia a ser construída no processo de formação docente. **Ciência Humanas e Sociedade em Revista**, v. 34, n. 12, p.79-100, 2012.

GOMES, C. G. S.; SILVEIRA, A. D. **Ensino de Habilidades Básicas para pessoas com autismo: manual para intervenção comportamental intensiva**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2016.

HALGIN, R; WHITBOURNE, S. K. **Psicopatologia: perspectivas dos transtornos psicológicos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

JORGE, L. M. **Instrumentos de avaliação autistas: revisão de literatura**. 2003. 114f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2003. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/278/1/Lilia%20Maise%20de%20Jorge.pdf>. Acesso em 23 abr. de 2020.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. In: *Nervous Child*, 2, p.217-250, 1943. Disponível em: https://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf. Acesso em 09 ago. 2020.

KANNER, L. Childhood psychosis: a historical overview. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, v. 1, n. 1, p. 14-19, 1971. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1972-05293-001>. Acesso 24 abr. 2020.

KRINSKY, S. **Temas de psiquiatria infantil**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1977.

LEITE, L.P; BORELLI, L. M.; MARTINS, S.E.S.O. Currículo e Deficiência: análise de publicações brasileiras no cenário da Educação Inclusiva. **Educação em Revista** (UFMG. Impresso), v. 1, p. 34-67, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-46982013000100005&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 16 abr. 2020

LYNCH, S.; ADAMS, P. Developed Standards based individualizes education program objectives for students with significant need. **Teaching Exceptional Children**, v. 40, n. 3, p. 36-39, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/299373145_Developing_Standards-Based_Individualized_Education_Program_Objectives_for_Students_with_Significant_Needs. Acesso em 12 abr. 2020.

MACEDO, K. M. M; CARRASCO, K. L. **(Con)textos de entrevista: Olhares diversos sobre a interação humana**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MAESTRO, S. et al. Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 41, p. 1239-1245, 2002.

MAS, N. A. **Transtorno do espectro autista-história da construção de um diagnóstico**. 2018. 103f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-191739/es.php>. Acesso 23 abr. 2020.

MENDES, E. G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, p. 387-405, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v11n33/a02v1133.pdf>. Acesso 12 ago. 2020.

MITTLER, P. **Educação Inclusiva: Contextos sociais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
MUNSTER, M. A. V. et al. Plano de Ensino Individualizado Aplicado à Educação Física: Validação de Inventário na Versão em Português. **Revista da Sobama**, Marília, v. 15, n. 1, p. 43-54, 2014. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/sobama/article/view/4186>. Acesso 23 ago. 2020.

NASCIMENTO, G. S. R. **Método de Alfabetização para Alunos Autistas (Mapa): Alternativa da Clínica escola do Autista**. Dissertação (Mestrado em Diversidade e Inclusão) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em: <http://cmpdi.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/186/2018/08/Disserta%C3%A7%C3%A3o-GiseleSoaresRodriguesdoNascimento.pdf>. Acesso em 12 abril. 2020.

NEVES, A. et al. Escolarização formal e dimensões curriculares para alunos com autismo: o estado da arte da produção acadêmica brasileira. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 30, n.2, p.43-70, 2014.

NOTERDAEME, M.; HUTZELMEYER-NICKELS, A. Early symptoms and recognition of pervasive developmental disorders in Germany. **Autism**, v. 14, n. 6, p.575-588, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/47349363_Early_symptoms_and_recognition_of_pervasive_developmental_disorders_in_Germany. Acesso em 12 abr. 2020.

NOZI, G. S.; VITALIANO, C. R. O professor e o processo de inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais: análise de pesquisas publicadas no site da Anped. **V Congresso Brasileiro de Educação Especial, VII Encontro Nacional de Pesquisadores da Educação Especial**. Universidade Federal de São Carlos, 2012.

NUNES, D. R. P.; SCHMIDT, C.; AZEVEDO, M. Q. O. Inclusão educacional de pessoas com Autismo no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 557-572, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/10178>. Acesso 28 abr. 2020.

OLIVEIRA, J.; PAULA, C. Estado da arte sobre inclusão escolar de alunos com transtornos do espectro do autismo no Brasil. **Cadernos De Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.12, n.1, p.53-65. 2012. Disponível em: https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Volume_12/2o_vol_12/Artigo6.pdf. Acesso em 12 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. **Declaração de Salamanca sobre princípios, política e prática na área das necessidades educativas especiais**, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem Jomtiem**, 1990.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (NOS) PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. **Convenção de Direito da Criança**. 1988.

OSTETTO, L. E. et al. **Planejamento na educação infantil mais que a atividade, a criança em foco**. In: OSTETTO, L. E. (Org.). *Encontros e encantamento na educação infantil: partilhando experiências de estágios*. Campinas: Papyrus, 2000. Disponível em: <https://moodle.ufsc.br/mod/url/view.php?id=497666>. Acesso em 17 abr. 2020.

PACHECO, J.; EGGERTSDÓTTIR, R.; MARINÓSSON, G. **Caminhos para a inclusão: Um guia para o aprimoramento da Equipe Escolar**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

PEREIRA, D. M. **Análise dos efeitos de um plano educacional individualizado no desenvolvimento acadêmico e funcional de um aluno com transtorno do espectro do autismo**. 2014. 181f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14582/1/DeboraMP_DISSERT.pdf. Acesso em 13 ago. 2020.

PEREIRA, M. P.; NUNES, D. R. P. Diretrizes para a elaboração do PEI como instrumento de avaliação para educando com autismo: um estudo interventivo. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 63, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/33048>. Acesso 27 ago. 2020.

PLETSCH, M. D.; GLAT, R. A escolarização de alunos com deficiência intelectual: uma análise de aplicação do Plano de Desenvolvimento Educacional Individualizado. **Linhas críticas**, v. 18, n. 35, p. 193-208, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279678557_A_escolarizacao_de_alunos_com_deficiencia_intelectual_uma_analise_da_aplicacao_do_Plano_de_Developime nto_Educacional_Individualizado. Acesso em 24 ago. 2020.

ROCHA, P. S. et al. **Autismos**. São Paulo: Escuta; Recife, PE: Centro de Pesquisas em Psicanálise e Linguagem, 1997.

RUBLE, L. M. et al. Examining the quality of IEPs for young children with autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116234/>. Acesso 02 abr. 2020.

RUTTER, M. L. Progress in understanding autism: 2007–2010. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, p. 395–404, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-011-1184-2>. Acesso 23 abr. 2020.

SCHMIDT, C. et al. Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 222-235, 2016.

SILVA, M.; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 116-131, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100010. Acesso 12 abr. 2020.

SIQUEIRA, C. F. O. et al. Planos de ensino individualizados na escolarização de alunos com deficiência intelectual. **Anais do V Congresso Brasileiro de Educação Especial**. São Carlos: Galoá. 2012.

SMITH, D. D. **Introdução à Educação Especial: Ensinar em tempos de inclusão**. São Paulo: Artmed, 2008.

SMITH, T. Discrete trial training in the treatment of autism. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 16, p. 86-92, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/245923587_Discrete_Trial_Training_in_the_Treatment_of_Autism. Acesso em 17 abr. 2020.

SPROVIERI, M. H. S.; ASSUMPÇÃO JR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 230-237, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2001000200016. Acesso em 24 ago. 2020.

TANNÚS-VALADÃO, G. **Inclusão escolar e planejamento educacional individualizado**: avaliação de um programa de formação continuada para educadores. 2013. 245 f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de São Carlos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2933/6402.pdf?sequence=1>. Acesso 12 abr. 2020.

VARELLA, A. A. B.; SOUZA, C. M. C. S. Ensino por tentativas discretas: Revisão sistemática dos estudos sobre treinamento com vídeo modelação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 10, n. 3, p. 73-85, 2018. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1215>. Acesso 13 abr. 2020.

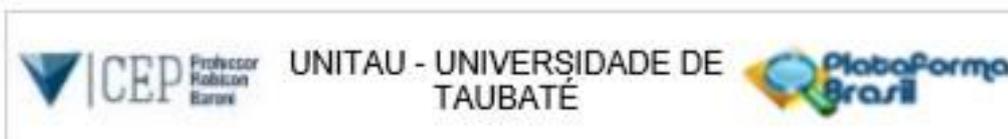
VELTRONE, A. **Inclusão escolar do aluno com deficiência intelectual no estado de São Paulo: identificação e caracterização**. São Carlos, 2011.

WING, L. The history of ideas on autism: legends, myths and reality. **Autism**, v. 1, n. 1, p. 13-23, 1997. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1362361397011004>. Acesso em 12 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneva. 1992.

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento de Ensino Individualizado com crianças com Transtorno do Espectro Autista: um olhar dos pais e dos profissionais

Pesquisador: Andreza Maria Neves Manfredini Tobias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31248620.7.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Universidade de Taubaté

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.018.829

Apresentação do Projeto:

Trata-se da 1ª versão do projeto que visa identificar e compreender os efeitos da aplicação do planejamento de ensino individualizado (PEI) em criança com Transtorno do Espectro Autista, na visão dos pais e/ou responsáveis dessa criança e dos profissionais que trabalham com o PEI.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios foram apresentados de maneira adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Rever gramática e ortografia, são muitas as correções necessárias, principalmente em "informações básicas sobre o projeto".

A coleta de dados: entrevista com um casal - pais da criança e com um profissional (psicólogo) está prevista para o período entre 01 e 30 de junho (é possível, já que nesse momento a quarentena devido ao COVID-19 está prevista até o dia 10/05/20).

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATÉ
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 4.018.828

Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivreeesclarecido.pdf	27/04/2020 11:43:21	Tobias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimentoposinformacao.pdf	27/04/2020 11:43:01	Andreza Maria Neves Manfredini Tobias	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/04/2020 11:38:02	Andreza Maria Neves Manfredini Tobias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TAUBATÉ, 11 de Maio de 2020

Assinado por:
Wendry Maria Paixão Pereira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro CEP: 12.020-040
UF: SP Município: TAUBATÉ
Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 e-mail: cep@unitau.br

ANEXO B

Roteiro de Entrevista

COM A PROFISSIONAL:

- 1- Qual a importância do PEI?
- 2- Como você se preparou para trabalhar com o PEI?
- 3- Quais as estratégias que você utiliza para realizar o PEI com crianças com TEA?
- 4- Como você aplica estas estratégias no PEI com crianças com TEA?
- 5- Quais são os métodos que você utiliza no PEI com crianças com TEA?
- 6- Como você utiliza estes métodos no PEI com crianças com TEA?
- 7- Quais os desafios do tratamento do PEI com crianças com TEA?
- 8- Quais as possíveis contribuições do PEI com crianças com TEA?

COM OS PAIS/RESPONSÁVEL:

- 1- Qual a importância do PEI para crianças com TEA?
- 2- Na sua opinião, quais os efeitos após o tratamento do PEI na criança com TEA?
- 3- Quais os desafios do tratamento do PEI com crianças com TEA?
- 4- Quais as possíveis contribuições do PEI com crianças com TEA?
- 5- Vocês sentem diferença no relacionamento do seu filho depois do tratamento do PEI?
- 6- Dentre todos estes temas que nós discutimos, quais os temas que vocês acharam mais importante para criança com TEA?

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa "Planejamento de Ensino Individualizado com crianças com Transtorno do Espectro Autista: um olhar dos pais e dos profissionais", sob a responsabilidade da pesquisadora Andreza Maria Neves Manfredini Tobias. Nesta pesquisa pretende-se identificar e compreender os efeitos da aplicação do PEI em crianças com Transtorno do Espectro Autista, na visão dos pais e/ou responsáveis da criança com TEA e dos profissionais que trabalham com o PEI, busca identificar e compreender as estratégias que a profissional utiliza com o PEI, e também quais os métodos utilizados pelo profissional para a construção do PEI. Em relação aos pais, busca identificar a importância e os efeitos do PEI após sua aplicação e compreender quais os desafios e as contribuições do PEI para uma criança com TEA. Por meio da pesquisa qualitativa, tendo como método a entrevista semi-estruturada, sendo utilizado um gravador de áudio para transcrição da entrevista na íntegra, após a transcrição da mesma, o áudio será apagado. Os participantes deverão ser 3 indivíduos, 01 profissional de psicologia capacitado que aplique o PEI e tenha experiência com o mesmo e 01 casal de pais/responsáveis pela criança que já passou por este processo do PEI e esteja finalizando este trabalho. Em relação ao profissional de psicologia: ter no mínimo 5 anos de atuação na elaboração e aplicação de PEI com crianças com TEA, e, em relação aos pais e/ou responsáveis da criança com TEA: ter uma criança com TEA que tenha passado pelo PEI e que atualmente esteja finalizando este trabalho.

Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em contribuir para uma compreensão de forma mais aprofundada sobre os comportamentos da criança com transtorno do espectro autista após a elaboração do Planejamento de Ensino Individualizado, afim de detectar quais os métodos utilizados pelo profissional e posteriormente quais os efeitos identificados pelos pais/responsáveis pela criança. Entretanto para evitar que ocorram danos será feita uma escuta e uma orientação para que o participante busque o CEPA – Centro de Psicologia Aplicada (Clínica de psicologia da UNITAU) para que tais demandas sejam trabalhadas de forma saudável e adequada. Caso haja algum dano ao participante será garantido ao mesmo procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr (a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone (12) 99141-3334 inclusive ligações à cobrar ou e-mail andreza.nj@uol.com.br.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br

O pesquisador responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 466/12.

Rubricas:



Pesquisadora responsável - Andreza Maria Neves Manfredini Tobias

ANEXO D

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Participante

Consentimento pós-informação

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "**Planejamento de Ensino Individualizado com crianças com Transtorno do Espectro Autista: um olhar dos pais e dos profissionais**", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

