

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

CATHERINE OLIVEIRA DE ARAUJO

**MAPEAMENTO DO ALUNADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
(TEA) NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES/SP: PERFIL
CLÍNICO E ESCOLAR**

São Paulo

2019

CATHERINE OLIVEIRA DE ARAUJO

**MAPEAMENTO DO ALUNADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
(TEA) NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES/SP: PERFIL
CLÍNICO E ESCOLAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção de título de Doutor em Distúrbio do Desenvolvimento.

Projeto vinculado à linha de pesquisa: Políticas e formas de atendimento em educação, psicologia e saúde: estudo das políticas nacionais relacionadas às pessoas com deficiências, procedimentos especializados e programas de atendimento público e privado.

ORIENTADORA: Prof.^a. Dra. Maria Eloísa Famá D'Antino

COORIENTADOR: Prof. Dr. Décio Brunoni

São Paulo

2019

A663m Araújo, Catherine Oliveira de.

Mapeamento do alunado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP: perfil clínico e escolar / Catherine Oliveira de Araújo.

224 f. : il. ; 30 cm

Tese (Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018.

Orientadora: Maria Eloísa Famá D'Antino.

Referências bibliográficas: f. 185-195.

1. Transtorno do Espectro Autista (TEA). 2. Perfil de funcionalidade e clínico. 3. Inclusão escolar. 4. Rede municipal de ensino. I. D'Antino, Maria Eloísa Famá, *orientadora*. II. Título.

CDD 371.94

CATHERINE OLIVEIRA DE ARAUJO


MAPEAMENTO DO ALUNADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA (TEA) NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS
ARTES/SP: PERFIL CLÍNICO E ESCOLAR

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
da Universidade Presbiteriana Mackenzie,
como requisito parcial à obtenção de título de
Doutor em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovado em 28 de fevereiro de 2019.

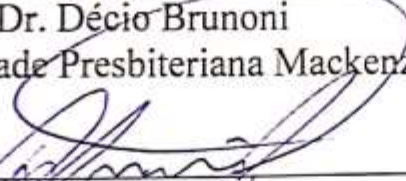

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Eloisa Famá D' Antino
Universidade Presbiteriana Mackenzie



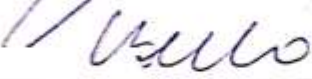
Dr. Décio Brunoni

Universidade Presbiteriana Mackenzie



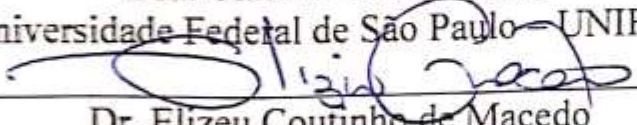
Dr. Moises Sanches Junior

Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP



Dra. Claudia Berlim Mello

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP



Dr. Elizeu Coutinho de Macedo

Universidade Presbiteriana Mackenzie



Dr. Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Universidade Presbiteriana Mackenzie

APOIO

A presente pesquisa foi realizada com apoio do Fundo Mackenzie de Pesquisa (MACKPESQUISA) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.



**Mack
Pesquisa**



CAPES

DEDICATÓRIA

Ao meu pai (*in memoriam*), pelo amor incondicional e pelos sábios ensinamentos sobre persistência, alteridade, resiliência, esperança, respeito, amor e fé em Deus.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a. Maria Eloisa Famá D'Antino, por aceitar me orientar nessa jornada marcada por dificuldades e perdas que se transformaram em grandes conquistas para minha formação e para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Décio Brunoni, meu coorientador, por sua presença ativa e constante em todos os mutirões, pelo apoio e motivação em todo o processo.

À Prof.^a Dr.^a. Claudia Berlim Mello, por sua participação na Banca de Qualificação e contribuições significativas para a fundamentação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Moisés Sanches, por aceitar participar da Banca de Defesa.

À Prof.^a Dr.^a. Ani Martins da Silva, pelo privilégio de tê-la como professora no curso de Pedagogia e Psicopedagogia e pelas valiosas contribuições nesta pesquisa.

À Thayline e Ana Claudia, pelo apoio profissional e no processo da pesquisa.

À prefeitura e Secretaria de Educação Especial do Município de Embu das Artes, pelo apoio incondicional, por acreditarem nos benefícios desta pesquisa para a inclusão escolar de alunos com TEA e pela parceria estabelecida com a Universidade Presbiteriana Mackenzie – marco para novas pesquisas.

À Janete, pelo suporte e apoio no levantamento dos dados e organização dos mutirões.

À amiga Jaci, pelo apoio, incentivo constante, parceria nos momentos de perdas, lutas e conquistas.

Às amigas: Keyse, Cassia, Marina, Karen, Talita Hanato, Talita Castelão, Zelma, Jacqueline, Gabriela, Elaine, Helena, Danille, Irildes, Hiltnar, que, longe ou perto, serão sempre fundamentais e eternas.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento que participaram da minha formação na graduação e na pós-graduação *stricto sensu* – mestrado e doutorado.

À UNASP-SP, instituição onde tive a oportunidade de estudar e, hoje, tenho o privilégio de trabalhar.

Aos diretores da UNASP-SP, Hélio Carnassale (anterior) e Douglas Menslin (atual), pelo apoio incondicional.

Às colegas e amigas de trabalho Keila, Dolores, Amanda, Silvani, Karla, Ana Paula, Railda, Raquel, Elaine, Jarlene, Marisa, Luciana, Marcia e Eni, pela parceria e apoio.

Às diretoras Marlene e Vilma, pelo reconhecimento da importância deste estudo, por apoiarem e oportunizarem minhas saídas para as aulas, visitas e coletas no campo da pesquisa.

Ao querido Ricardo (Du), filho do coração, por acreditar e ensinar que grandes caminhadas são possíveis com uma cadeira e que a gratidão é sempre o melhor caminho.

Aos alunos e professores do colégio UNASP-SP, meus incentivadores e grandes motivadores.

À Damina pelo apoio incondicional.

À minha mãe Leonice e irmã Elisabete, sempre me apoiando, especialmente me ajudando com a Mariana.

E, por fim, ao meu esposo Gilberto e filha Mariana, por estarem ao meu lado sempre. Amo vocês.

Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça. (Cora Coralina)

RESUMO

Esta pesquisa é resultado das primeiras ações decorrentes de convênio firmado entre a Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) – Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento e o município de Embu das Artes/SP. A pesquisa teve como objetivos: descrever e analisar documentos sobre a política de Educação Especial inclusiva do Município, o perfil clínico e a funcionalidade de 102 alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) matriculados, em outubro de 2017, na Educação Infantil, Ensino Fundamental e escola especializada do Município; conhecer e analisar o perfil profissional das 23 professoras que atuam nas Salas de Atendimento Educacional Especializado (SAED). A abordagem metodológica da pesquisa é quantitativa-qualitativa, tendo-se utilizado os seguintes instrumentos: Protocolo de Avaliação de Escolares com Deficiência Intelectual (PAEDI); Protocolo Clínico para qualificar o diagnóstico de TEA, segundo os especificadores do DSM-5; Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Para aplicação dos instrumentos, entre 2017 e 2018, foram realizadas 17 visitas em escolas/polos. Dentre os resultados da investigação, destacamos a existência de híbrido modelo de Educação Especial no Município – segregado & inclusivo; 9 das 23 professoras da SAED não são especialistas em Educação Especial; o Plano Municipal de Educação (PME) tem como uma de suas estratégias a organização de um currículo especializado para o Município. A funcionalidade dos alunos apresentou-se comprometida, mas com ampla variação no desempenho, com piores pontuações das crianças da Educação Infantil; há hiatos importantes entre a linguagem receptiva e expressiva dos alunos. Quanto ao perfil clínico, as características gerais seguem às de amostras similares: proporção de 4:1 entre meninos e meninas; a maioria com comprometimento grave, segundo os especificadores do DSM-5. Ressalta-se a relativa precocidade em que foi estabelecido o diagnóstico, entre 3 e 4 anos de idade, sendo que a maioria dos casos pelo sistema de saúde do próprio Município. Como conclusão do estudo assinalamos importante comprometimento clínico e da funcionalidade dos alunos com TEA. A articulação mais efetiva entre as ações dos professores do ensino regular e da SAED, e da equipe da área da saúde e da educação do Município, deverá contribuir para melhor qualificação das intervenções inclusivas junto ao aluno com TEA.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista (TEA). Perfil de funcionalidade e clínico. Inclusão escolar. Rede municipal de ensino.

ABSTRACT

This research is the result of the first actions resulting from an agreement signed between - Mackenzie Presbyterian University (UPM) - Postgraduate Program in Developmental Disorders and the city of Embu das Artes / SP - Brazil. The objective of the research was to describe and analyze documents about the Inclusive Special Education policy of the Municipality, the clinical profile and the functionality of 102 students with Autism Spectrum Disorder (ASD) enrolled in October 2017 in Early Childhood Education, Primary Education and specialized schools of the Municipality; and to know and analyze the professional profile of the 23 teachers who work in the Specialized Educational Assistance Classrooms (SAED). The methodological approach of the research is quantitative-qualitative, using the following instruments: Protocol of Evaluation of Students with Intellectual Disability (PAEDI); Clinical Protocol to qualify the diagnosis of ASD according to the DSM-5 specifiers; Questionnaire of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP). Considering the applied instruments, in 2017 and 2018, 17 visits were made in schools/branches. Among the results of the research, we highlight the existence of hybrid model of Special Education in the Municipality - segregated & inclusive; nine of the 23 SAED teachers are not specialists in Special Education; the Municipal Education Plan (PME) has as one of its strategies the organization of a specialized curriculum for the Municipality. The functionality of the students was compromised, but with a wide variation in performance, with worse scores of children in Early Childhood Education; there are important gaps between the receptive and expressive language of the students. Regarding the clinical profile, the general characteristics follow those of similar samples: a ratio of 4: 1 between boys and girls; the majority with severe impairment, according to DSM-5 specifiers. The relative precocity in which the diagnosis was established, between 3 and 4 years old, is highlighted, being the majority of the cases by the health system of the Municipality itself. As conclusion of the study we pointed out important clinical and functional impairment of students with ASD. The most effective articulation between the actions of regular teachers and SAED, and the health and education boards of the Municipality should contribute to a better qualification of the inclusive interventions with ASD students.

Keywords: Autistic Spectrum Disorder (ASD). Functional and clinical profile. School inclusion. Municipal public schools.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1. Atividades e participação: matriz de informação	39
Quadro 2. Composição das salas de recursos multifuncionais (SRM) - 2012/2013.....	61
Quadro 3. Comparativo da avaliação inicial e final do aluno com TEA	94
Quadro 4. Mutirões em escolas da rede municipal de ensino de Embu das Artes - 2017 – 2018	133
Figura 1. Mapa do município de Embu da Artes/SP: localização das escolas frequentadas por alunos com TEA	132

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades na Educação Infantil e distribuição por tipo de turma (incluídos em classes comuns e em classes especiais exclusivas) – Brasil 2013-2017	65
Gráfico 2. Número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades no Ensino Fundamental e distribuição por tipo de turma (incluídos em classes comuns e em classes especiais exclusivas) – Brasil 2013-2017	66
Gráfico 3. Número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades no Ensino Médio e distribuição por tipo de turma (incluídos em classes comuns e em classes especiais exclusivas) – Brasil 2013-2017	67
Gráfico 4. Alunos com diagnóstico de TEA na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP	131
Gráfico 5. Rede municipal de ensino de Embu das Artes – níveis de ensino e número de alunos	141
Gráfico 6. Rede municipal de ensino de Embu das Artes – alunos com deficiência e necessidades educacionais especiais (NEE) – 2017	151
Gráfico 7. Distribuição por sexo	154
Gráfico 8. Intervalo de confiança para média de idade e score PAEDI	154
Gráfico 9. Compara sexo para score PAEDI	155
Gráfico 10. Compara série para score PAEDI	156
Gráfico 11. Distribuição de série	157
Gráfico 12. Distribuição dos itens 1 a 39 do PAEDI.....	162
Gráfico 13. Distribuição dos itens 40 a 52 do PAEDI	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escolas polos dos mutirões	133
Tabela 2. Perfil das professoras do atendimento educacional especializado (AEE) – rede municipal de ensino de Embu das Artes – 2017	149
Tabela 3. Idade e score PAEDI	153
Tabela 4. Compara sexo para score PAEDI	155
Tabela 5. Compara série para score PAEDI	155
Tabela 6. Distribuição de série.....	156
Tabela 7. Distribuição dos itens 1 a 39 do PAEDI	159
Tabela 8. Distribuição dos itens 1 a 39 do PAEDI - P-valores	160
Tabela 9. Distribuição dos itens 40 a 52 do PAEDI	170
Tabela 10. P-valores da tabela 9	170
Tabela 11. Resultado do Inventário de Comportamento da Criança Autista (Autism Behavior Checklist - ABC)	175
Tabela 12. Principais características clínicas e sociodemográficas de 54 alunos com diagnóstico de TEA	178

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	Applied Behavior Analysis
ABC	Autism Behaviour Checklist
AEE	Atendimento Educacional Especializado
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefícios de Prestação Continuada de Assistência Social
CAA	Comunicação Alternativa Aumentada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CEB	Câmara da Educação Básica
CEI	Coordenadoria de Ensino do Interior
CENP	Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas
CFN	Currículo Funcional Natural
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens
CNE	Conselho Nacional de Educação
COGSP	Coordenadoria de Ensino da Região Metropolitana da Grande São Paulo
CV	Coeficiente de Variação
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais
EJA	Educação de Jovens e Adultos
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
GDAE	Gestão Dinâmica de Administração Escolar
HTPC	Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo
INEP	Instituto Nacional de Estudos Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IC	Intervalo de Confiança
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais

MEC	Ministério da Educação
NEE	Necessidades Educativas Especiais
OAP	Orientação e Acompanhamento Pedagógico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PECS	Picture Exchange Communications System
PAEDI	Protocolo de Avaliação de Escolares com Deficiência Intelectual
PECS	Picture Exchange Communication System
PEE	Plano Estadual de Educação
PL	Projeto de Lei
PME	Plano Municipal de Educação
PNE	Plano Nacional de Educação
PPP	Projeto Político Pedagógico
QI	Quociente de Inteligência
SAED	Sala de Apoio ao Estudante com Deficiência
SAPE	Serviço de Apoio Pedagógico Especializado
SRM	Sala de Recursos Multifuncionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Tecnologia Assistiva
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEACH	Treatment and Education Autistic and Related Communication Handicapped Children
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TGD	Transtorno Global do Desenvolvimento
UPM	Universidade Presbiteriana Mackenzie
UTD	Unidade de Trabalho Diferenciado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	21
2.1	AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DA INCAPACIDADE DA PESSOA COM TEA – MODELO BIOPSISSOCIAL DA CIF	34
3	MARCOS LEGAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL	42
3.1	POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA.....	73
4	ESCOLARIZAÇÃO DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	82
5	MÉTODO	129
5.1	ESCOLHA DO LOCAL	129
5.2	MUNICÍPIO DE EMBU DAS ARTES – <i>LOCUS</i> DA PESQUISA	130
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	131
5.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	132
5.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	138
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	138
6.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	140
6.1	DADOS DOCUMENTAIS	140
6.1.1	A Educação no Município de Embu das Artes – meta da Educação Especial no Plano Municipal de Educação	140
6.1.1.1	Alunos com TEA no Município de Embu das Artes	151
6.2	PERFIL DE FUNCIONALIDADE DOS ALUNOS COM TEA NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES.....	153
6.3	PERFIL CLÍNICO DOS ALUNOS COM TEA NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES	175
7	CONCLUSÃO	181
	REFERÊNCIAS	185
	ANEXOS	196
	APÊNDICES	213

1. INTRODUÇÃO

Poucas são as investigações que envolvem a escolarização inclusiva de alunos com necessidades educacionais especiais (NEE), especificamente dos alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Número importante desses estudos, como assinalado na literatura, apresenta limitações em seus encaminhamentos metodológicos – estudo de casos, com poucos participantes, quer tenham como objeto de estudo o atendimento educacional especializado (AEE), as salas de recursos multifuncionais (SRM), ou mesmo a prática docente do professor do ensino regular ou do professor especialista. Assim como são escassas pesquisas que se voltam à investigação de políticas, propostas educacionais, estrutura e funcionamento das redes municipais de ensino do país, e sobre a qualidade da Educação Especial inclusiva oferecida. Pesquisas nessa direção podem ter importante impacto em mudanças pontuais nas políticas municipais de educação que visem melhor atender o público-alvo da Educação Especial, em conformidade com a legislação educacional brasileira.

Considerando o aumento de matrículas desse aluno em escolas regulares municipais da rede pública de ensino, é fundamental conhecer e avaliar quais têm sido os impactos da escolarização no desenvolvimento de alunos com TEA (GOMES & MENDES, 2010). É importante obter dados acerca da inclusão desses alunos nas diversas regiões do Brasil para que se possa estabelecer um panorama geral acerca da inclusão escolar. (RIBEIRO; MELO; SELLA, 2017).

Assim, esta pesquisa tem como campo empírico a rede municipal de ensino de Embu das Artes, localizado na Grande São Paulo, contando com o apoio de sua Secretaria de Educação, fato que denota seus anseios em contar com a comunidade acadêmica para colaborar no processo de inclusão escolar do alunado com TEA.

As ações da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM) junto à rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP foram iniciadas em março de 2017, por meio de reuniões prévias, organização de coleta de dados, capacitação de professores da rede e, em agosto do mesmo ano, a parceria foi oficializada com a assinatura de convênio, em junho de 2018, entre a Prefeitura do Município – Secretaria Municipal de Educação – e a UPM, com foco na formação continuada dos profissionais da educação do Município, amparada em três eixos: processo de ensino e aprendizagem; aspectos comportamentais e emocionais do aluno com TEA; NEEs de crianças com deficiência, incluindo o autismo.

Esta investigação é resultado das primeiras ações da UPM no Município e se insere na linha de pesquisa “Políticas e formas de atendimento em educação, psicologia e saúde: estudo das políticas nacionais relacionadas a pessoas com deficiência, procedimentos especializados e programas de atendimento público e privado”, do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da UPM/São Paulo.

Esta pesquisa voltou-se ao mapeamento do serviço oferecido pelo Município aos alunos com TEA, com os objetivos gerais e específicos que seguem.

Objetivo geral:

Mapear o alunado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) atendido pela rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP, em seus aspectos escolares e clínicos;

Objetivos específicos:

1. Conhecer e analisar documentos relativos a política de Educação Especial inclusiva do município de Embu das Artes-SP;
2. Analisar o perfil profissional dos professores que atuam nas Salas de Atendimento Educacional Especializado (SAED);
3. Avaliar e analisar aspectos gerais da funcionalidade dos alunos com TEA, quanto à atividade e participação no âmbito escolar;
4. Conhecer aspectos gerais da saúde dos alunos com TEA, por meio de dados fornecidos por seus pais ou responsáveis.

Nessa mesma linha de investigação, tem-se o estudo de Baptista & Viegas (2016) sobre a organização da Educação Especial no Município de Cachoeirinha, Rio Grande do Sul. Respondendo aos documentos oficiais, a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), passando pela Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) e derivados – Decreto 6571/2008, que “dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007”, e Decreto 7611/2011, que “dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências”, o Município conseguiu se organizar e, hoje, além das salas de recursos multifuncionais (SEM), conta com os Centros de Atendimento Educacional Especializado, criado junto às escolas regulares, com programas pedagógicos, recursos de educação alternativa e atividades socioeducativas específicas para

atender às necessidades educacionais do alunado da Educação Especial. Os autores vão além da polêmica sobre a política da Educação Especial no Brasil e citam Mainardes (2006), para quem a política não é algo que *está feito* para as pessoas e que os problemas devem ser resolvidos no contexto. Alguns pesquisadores, dentre outros, voltaram-se à investigação de redes municipais de ensino, como Plestsch (2012) – Baixada Fluminense; Menezes (2012) – Angra dos Reis; Lima e Laplane (2016) – Bragança Paulista; Ribeiro, Melo & Sella (2017) – Maceió, cujos achados integram esta pesquisa.

Assim, ao investigar as ações que vêm sendo implementadas pelo município de Embu das Artes /São Paulo, almeja-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para o aprimoramento de sua política no campo da Educação Especial, com vistas à melhor qualificação do processo de escolarização do aluno com TEA, cuja matrícula na escola regular do Município tem sido crescente, fato que tem acarretado preocupações da Secretaria de Educação, dos professores e de toda equipe escolar envolvida. Almeja-se, assim, que os resultados da pesquisa possam servir de fonte de dados e de reflexões para todos os envolvidos com a inclusão escolar dessa parcela do alunado com necessidades educacionais especiais (NEE), subsidiando ações que venham a oferecer melhores condições de atendimento a esses alunos, bem como fortalecer a parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da Universidade Presbiteriana Mackenzie, e as Secretarias de Educação e Saúde do Município de Embu das Artes, materializando, por certo, a função acadêmica de conjugação de esforços entre pesquisa e extensão, voltadas à comunidade mais ampla.

Conforme a Gestão Dinâmica de Administração Escolar (GDAE) do Município, no ano de 2017, foram contabilizados 102 alunos com TEA matriculados na Educação Infantil, no Ensino Fundamental e na escola especializada integrante da rede, com atendimento, no contra turno escolar, pelo Centro de Educação Especial do Município ou em Salas do Atendimento Educacional ao aluno com deficiência (SAED), na própria unidade escolar ou em escolas da região.

O presente trabalho foi estruturado em sete capítulos, incluindo esta introdução. Os três capítulos iniciais trazem as bases teóricas do estudo: o segundo capítulo traça um panorama geral dos Transtornos do Espectro Autista, priorizando aspectos relativos a características funcionais dos indivíduos com TEA tanto do ponto de vista comportamental e de comunicação, quanto de interações sociais, e apresenta, ainda, questões relativas à avaliação da funcionalidade e da incapacidade da pessoa com TEA, a partir do modelo biopsicossocial da

Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF; o terceiro capítulo versa sobre os marcos legais de políticas públicas na área da Educação Especial, com enfoque na atual política de inclusão; o quarto capítulo dedica-se a questões afeitas à escolarização da criança com TEA. Na sequência, têm-se os capítulos cinco e seis, relativos ao método e a apresentação e análise dos dados levantados junto à rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP, seguido da conclusão do estudo.

2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) integra o grupo dos denominados transtornos do neurodesenvolvimento, de causas neurobiológicas, definido por critérios eminentemente clínicos, e “engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger”. (APA, DSM-5, 2014, p. 97).

Trata-se de um transtorno não degenerativo, com alterações presentes em idades muito precoces, tipicamente antes dos três anos de idade, e que se caracteriza por dificuldades ao longo da vida do indivíduo nas habilidades sociais e comunicativas e nos comportamentos repetitivos e interesses limitados (BOSA, 2006), com grande variabilidade na intensidade e forma de expressão da sintomatologia nas áreas que definem o seu diagnóstico (ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

A complexidade em si do quadro, que pode apresentar importantes comorbidades e com condições médicas associadas, exige abordagens multidisciplinares para fins de diagnóstico e subsequentes intervenções educacionais e terapêuticas (ARAUJO, 2011).

Os quadros mórbidos que podem se apresentar associados ao TEA, conforme a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, da Associação Americana de Psiquiatria, são: deficiência intelectual; comprometimentos da linguagem – incapacidade de compreender e construir frases corretas do ponto de vista gramatical; sintomas psiquiátricos – “presentes em cerca de 70% das pessoas, e em 40% com dois ou mais transtornos mentais”; transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH); transtornos no desenvolvimento da coordenação; de ansiedade; depressão; dificuldades específicas de aprendizagem – leitura, escrita e aritmética. São importantes comorbidades a serem levados em conta no diagnóstico e no prognóstico das evoluções individuais. Incluem-se, ainda, condições médicas, como a “epilepsia, distúrbios do sono e constipação e transtorno alimentar”. “A epilepsia, como diagnóstico de comorbidade, está associada a maior deficiência intelectual e menor capacidade verbal”. (APA, 2014, p. 102-103). Schwartzman (2011, p. 131) afirma que “[...] algum tipo de manifestação epiléptica está presente em 5% a 42% dos casos dos TEA [...], ou, em publicação mais recente, em 20% dos casos (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014, n.p.). Associações com outras patologias são identificadas “em cerca de 30% a 65% dos indivíduos com TEA (SCHWARTZMAN, 2011, p. 123).

É um transtorno clínico e etimologicamente heterogêneo, afirma Brunoni (2014, n.p.) – em 15% a 20% dos pacientes as causas são genéticas, com síndromes cromossômicas associadas; 5% são de causas ambientais (intercorrências perinatais, em especial, a prematuridade e o baixo peso ao nascer); 80% são de etiologia multifatorial. Por não haver triagem genética nos quadros com suspeita de TEA, afirma o geneticista, faz-se importante utilizar diferentes instrumentos diagnósticos a fim de caracterizar o fenótipo cognitivo comportamental do paciente, “pois, se o diagnóstico de TEA não for bem estabelecido, haverá uma desnecessária profusão de indicações de exames genéticos. Por isso o médico deve conhecer os fundamentos clínicos dos TEA para estabelecer o diagnóstico”, recorrendo aos critérios de inclusão especificados na CID-10 e no DSM-IV, e escalas de triagem para sistematizar a pesquisa de sinais e sintomas. A investigação etiológica, segundo o autor, comporta seis fases, com início na pré-avaliação, que inclui avaliação psiquiátrica e neuropsiquiátrica (determinação do quociente de inteligência – QI); e após, o que ele denomina de 1ª fase, que são avaliações clínicas, morfológicas, molecular, metabólica e histórico de danos do sistema nervoso central. Se a etiologia não for identificada nessa fase, seguem outras etapas de investigação, com realização de exames específicos.

[...] a quantidade de exames a serem solicitados depende da disponibilidade de cada sistema de saúde. No Brasil, SUS e saúde complementar separam os pacientes radicalmente. No SUS garantir exame de cariótipo e do X Frágil é o desafio atual. Na saúde suplementar a separação dos pacientes é feita pelo tipo de plano que a família possui. Existem planos que dificultam até a realização do mais elementar dos exames genéticos [...]. (BRUNONI, 2014, n.p.).

Tem-se, assim, importante limite do sistema de saúde brasileiro, que repercute no tardio diagnóstico e intervenções subsequentes, de cunho terapêutico e educacional, incluindo o aconselhamento genético às famílias.

O TEA é apontado como o terceiro distúrbio do desenvolvimento mais comum (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004), com prevalência que varia entre 7 a 13 autistas para dez mil indivíduos, conforme resultados de pesquisa realizada por Fombonne (2009), envolvendo 17 países. Índices do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2014) apontam prevalência de 1 caso em cada 110 crianças e, em dados mais recentes, 1 caso em cada 68 crianças, sendo aproximadamente 1 em cada 42 meninos e 1 em cada 189 meninas. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, nos Estados Unidos e em outros países, a estimativa é de 1% da população, incluindo crianças e adultos; a prevalência é de quatro vezes mais no sexo masculino do que no feminino; com mais propensão de presença concomitante de deficiência intelectual no sexo feminino (APA, DSM-5, 2014, p. 101).

Os critérios essenciais para fins de diagnóstico do TEA são: (a) déficits persistentes na comunicação e na interação social; (b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, e três outros critérios: (c) os sintomas se manifestam no início da infância; (d) prejuízo clínico significativo no funcionamento do indivíduo – social, profissional ou em outras áreas importantes da vida presente; (e) as perturbações não se explicam por deficiência intelectual, embora, como já colocado, pode ser comórbida, ou por atraso global do desenvolvimento (APA, DSM-5, 2014, p.94).

As manifestações dos déficits na comunicação e interação social são especificadas em três subcategorias e os comportamentos restritos e repetitivos em quatro subcategorias, que caracterizam os quadros com TEA, cujas manifestações dos prejuízos são variáveis em intensidade, a depender da gravidade do quadro, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do indivíduo, e, ainda, “irão variar de acordo com as características do indivíduo e do seu ambiente”; “intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos” (APA, 2014, p. 97).

A avaliação das habilidades funcionais do indivíduo é componente essencial na investigação diagnóstica do TEA. O DSM-5 traz importante instrumento de avaliação dos prejuízos funcionais do indivíduo, que mantêm relação com a gravidade do quadro, e que pode variar ainda a depender do contexto ou oscilar com o tempo. Os domínios a serem avaliados, como proposto no Manual, e a partir das subcategorias abaixo descritas, são classificados em três níveis de gravidade a serem registradas pelo avaliador, quais sejam: “exigindo apoio muito substancial” (nível 3); “exigindo apoio substancial” (nível 2); “exigindo apoio” (nível 1), cujos resultados avaliados devem ser tomados como referência para discussão de prioridades e metas de intervenção pessoais, portanto, individuais (Cf. APA, DSM-5, 2014, p. 96).

Segue a descrição dos desvios no desenvolvimento e os prejuízos funcionais em indivíduos com TEA, em cada uma das subcategorias acima referidas, por nós reproduzidas.

- **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 afetos. A dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
- **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.
- **Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos**, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a

contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.
[...]

- **Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos** (p. ex., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
- **Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal** (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
- **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).
- **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). (APA, DSM-5, 2014, p. 94, grifo nosso).

Na comunicação social, os déficits verbais e não verbais são variáveis, a depender da idade cronológica, nível intelectual e capacidade linguística do indivíduo, e de fatores como a história de tratamento e apoio que o indivíduo necessita. Muitos indivíduos apresentam déficits de linguagem caracterizados por “ausência total de fala, atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco, linguagem explicitamente literal ou afetada”. (APA, DSM-5, 2014, p. 97); quando há presença de linguagem, sua manifestação se dá comumente sem reciprocidade social. O desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações sociais em indivíduos com TEA devem ser avaliados, levando-se em consideração padrões relacionados à idade, gênero e cultura.

Os comportamentos comunicativos atípicos que podem ser manifestados por indivíduos com TEA, segundo Saulnier, Quirnbach & Klin (2011, p.165-166), são a ecolalia imediata ou tardia, inversão pronominal, uso de palavras incomuns, resposta pobre, dificuldade em se engajar em conversas recíprocas e modificação dos padrões de linguagem conforme o interlocutor ou ambiente; os indivíduos com fala fluente podem se utilizar de padrões incomuns de entonação – fala cantada ou declamativa, ritmo inadequado para a fala – falar muito rápido ou de forma silabada. No conjunto, o perfil comunicativo desses indivíduos é muito específico, sem um padrão único de fala e linguagem, que podem variar amplamente.

A manifestação da comunicação não verbal é caracterizada pelo uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual, de expressões faciais, de gestos – não aponta, não traz objetos para compartilhar o interesse com outros, com dificuldades para seguir o gesto de apontar ou o

olhar indicador de outras pessoas, denotando prejuízos na atenção compartilhada, que é um marco importante do desenvolvimento da criança, e que refere-se à capacidade para coordenar atenção a um parceiro social e a um objeto ou a um evento de interesse mútuo, que é adquirida, em padrões normais de desenvolvimento, entre nove e 14 meses de idade, mas na criança com TEA ocorre por volta dos 17, 30 meses; as dificuldades presentes na atenção compartilhada são indicadores importantes para o diagnóstico posterior do autismo. (ARAÚJO, 2011, p.182).

Nas relações interpessoais as dificuldades observadas podem se manifestar pelo resto da vida do indivíduo, e estão presentes desde muito cedo.

Foi evidenciado que crianças autistas demonstraram, entre 1 e 3 anos de idade, déficits na postura antecipatória, na intensidade de contato visual, em comportamentos de atenção compartilhada, em comportamentos afetivos e em respostas à fala; [...] com 2-3 anos de idade tendem a meios não convencionais para se comunicar, como pedir alguma coisa manipulando a mão de uma pessoa, mais do que usando o olhar; crianças com TEA que não possuem meios verbais ou não verbais de expressão podem, na verdade, apresentar comportamentos pouco adaptativos (como, por exemplo, autoagressão, heteroagressão e gritos aparentemente imotivados). (SAULNIER; QUIRMBACH; KLIN, 2011, p.165).

Dificuldades particularmente evidentes em crianças pequenas referem-se ao interesse social – ausente, reduzido ou atípico, manifestado por rejeição a outros, passividade ou abordagens inadequadas que parecem agressivas ou disruptivas: falta de jogo social e imaginação compartilhados, como brincar de fingir e, posteriormente, insistência em brincar seguindo regras muito fixas. Alterações significativas no brincar podem ser observadas já no primeiro ano de vida da criança, e na primeira fase dessa importantes conquista do processo de desenvolvimento infantil normal, que na criança com TEA envolve comportamentos manipulatórios e explorativos com objetos, restritos e limitados a poucos objetos, manipulados de forma não usuais, comprometendo, assim, o desenvolvimento posterior do brincar e, conseqüentemente, o desenvolvimento de habilidades motoras, e especialmente de capacidades cognitivas e sociais. (ARAÚJO, 2011, p.183).

No contexto de alterações da atividade do brincar – atividades lúdicas, têm-se os prejuízos nas brincadeiras do faz de conta, que é uma das expressões do jogo simbólico e pré-requisito para o desenvolvimento da linguagem.

Estudos sobre as habilidades comunicativas [...] introduzem, na análise do desenvolvimento atípico, a interdependência entre a atividade lúdica e o desenvolvimento da linguagem, abordada na literatura sobre o desenvolvimento típico da linguagem em que comportamentos não verbais [...] são considerados precursores do desenvolvimento verbal. (PERISSINOTO, 2011, p. 203).

Prejuízos na capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos, ou seja, a reciprocidade socioemocional, são evidentes em crianças menores com TEA, com pequena ou nenhuma capacidade de iniciar interações sociais e de compartilhar emoções, com imitação de comportamentos reduzida ou ausente – dificuldades de imitação de movimentos faciais e de gestos, e imitação tardia de ações sobre objetos.

As manifestações comportamentais são caracterizadas por estereotípias e repetições, e apresentam-se variáveis, a depender da idade e capacidades do indivíduo, assim como da intervenção e apoios atuais, e incluem:

estereotípias motoras simples (p.ex., abanar as mãos, estalar os dedos, uso repetitivo de objetos (p. ex., girar moedas, enfileirar objetos) e fala repetitiva (p. ex., ecolalia, repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas, uso de “tu” ao referir-se a si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia). **Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento** podem ser manifestados por resistência a mudanças (p. ex., sofrimento relativo a mudanças aparentemente pequenas, como embalagem de um alimento favorito; insistência em aderir a regras; rigidez de pensamento) ou por **padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal** (p. ex., perguntas repetitivas, percorrer um perímetro). **Interesses altamente limitados e fixos**, no transtorno do espectro autista, tendem a ser anormais em intensidade ou foco (p. ex., criança pequena muito apegada a uma panela; criança preocupada com aspiradores de pó; adulto que gasta horas escrevendo tabelas com horário). Alguns **encantamentos e rotinas podem estar relacionados a uma aparente hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais**, manifestada por meio de respostas extremadas a sons e texturas específicos, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, encantamento por luzes ou objetos giratórios e, algumas vezes, **aparente indiferença a dor, calor ou frio**. **Reações extremas ou rituais** envolvendo gosto, cheiro, textura ou aparência da comida ou excesso de restrições alimentares são comuns, podendo constituir a forma de apresentação do transtorno do espectro autista. (APA, DSM-5, 2014, p.98, grifo nosso).

Padrões repetitivos e restritos de comportamentos, interesses e atividades, manifestam-se no extremo interesse por determinados assuntos, podendo dedicar-se de modo total ao estudo de certos assuntos, assim como colecionar determinados objetos.

Este foco restrito de interesse aliado à excelente memória visual que costumam apresentar faz com que sejam considerados, por vezes, como indivíduos superdotados. []. Suas dificuldades de relacionamento e a peculiaridade na forma de se comunicar são vistas, erroneamente, como próprias dos indivíduos superdotados. (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014, n.p.).

Segundo os autores, indivíduos com TEA demonstram “forte apego às rotinas e tentam fazer de sua vida e da vida dos familiares algo padronizado e repetitivo – são capazes de pedir comida porque “está na hora do almoço”, e não por “sentirem fome”. Dado o apego à rotina, podem reagir com comportamentos agressivos, e outros comportamentos não compreendidos pelos familiares – “simples mudança de itinerário, tentativas de troca de roupas ou a colocação

de um determinado objeto fora do local habitual”. Centra o interesse em partes de um objeto – “podem ficar brincando horas com uma das rodas de um carrinho, sem brincar com o carrinho como seria de se esperar”; “podem ficar imersos em movimentos corporais repetitivos – girar o corpo, dar pulinhos, abanar as mãos (*flapping*), passar as mãos com os dedos entreabertos na frente dos olhos etc. Indivíduos com TEA, acrescentam os autores, têm como característica marcante grande inconsistência comportamental em quase todas suas atividades e ações: “Num momento não respondem aos estímulos auditivos podendo parecer surdos para, logo depois, reagirem de forma desproporcional a um pequeno ruído. Podem sofrer uma queda e não reagirem à dor para, logo após, chorar quando alguém toca delicadamente em alguma parte de seu corpo”. (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014, n.p.).

Aos prejuízos descritos, que denotam atípico desenvolvimento e funcionamento, deve-se considerar a possibilidade do agravamento do quadro se o indivíduo apresentar deficiência intelectual associada ao TEA. “Muito embora pacientes com TEA possam funcionar com todos os níveis de inteligência, até mesmo com inteligência acima da média, cerca de 50% apresentam algum grau de deficiência intelectual” (SCHWARTZMAN, 2011, p. 128); “[...] 20 a 35% apresentam inteligência limítrofe-normal (QI entre 70-100) e menos de 5% tem QI superior a 100”. (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014, n.p.).

A deficiência intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) “é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático”. Portanto, são três os critérios a serem preenchidos para se diagnosticar o transtorno, quais sejam:

- (a) **Déficits em funções intelectuais** como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados;
- (b) **Déficits em funções adaptativas** que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade;
- (c) **Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.** (APA, DSM-5, 2014, p. 77, grifo nosso).

Para Klin (2006), muitas áreas do funcionamento cognitivo de pessoas com TEA são frequentemente preservadas e, às vezes, exibem habilidades surpreendentes e até prodigiosas. Porém,

Mesmo aqueles com **inteligência média ou alta** apresentam um perfil irregular de capacidades. **A discrepância entre habilidades funcionais adaptativas e intelectuais costuma ser grande.** Déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores anormais (p. ex., caminhar na ponta dos pés). **Pode ocorrer autolesão** (p. ex., bater a cabeça, morder o punho), e **comportamentos disruptivos/desafiadores** são mais comuns em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista do que em outros transtornos, incluindo deficiência intelectual. **Adolescentes e adultos** com transtorno do espectro autista são **propensos a ansiedade e depressão**. Alguns indivíduos desenvolvem comportamento motor semelhante à **catatonía** (lentificação e “congelamento” em meio a ação), embora isso tipicamente não costume alcançar a magnitude de um episódio catatônico. É possível, porém, que indivíduos com transtorno do espectro autista apresentem deterioração acentuada em sintomas motores e um episódio catatônico completo com sintomas como mutismo, posturas atípicas, trejeitos faciais e flexibilidade cética. O período de risco de **catatonía comórbida parece ser maior nos anos de adolescência**. (APA, DSM-5, 2014, p. 99, grifo nosso).

Resultados de investigação realizada por Saulnier, Quirnbach & Klin (2011, p.163), em estudo com duas amostras de pacientes com TEA, do sexo masculino, com 8 e 18 anos, e alto funcionamento, evidenciaram discrepâncias surpreendentes entre as habilidades adaptativas comparativamente às cognitivas, que pareceram aumentar com o passar dos anos; “as novas habilidades adaptativas adquiridas pelos pacientes não se mostraram compatíveis com o aumento da idade cronológica, apesar de terem apresentado ganhos adequados no desenvolvimento cognitivo”.

É frequente que indivíduos inseridos no espectro do autismo tenham grande dificuldade para aplicar seus repertórios de habilidades em contextos diários e naturais, independentemente do nível de habilidades ou de prejuízos que apresentem. Na verdade, pesquisas têm demonstrado repetidamente que as **habilidades adaptativas** no Autismo **são muito inferiores às habilidades cognitivas**, e que os déficits mais significativos são observados no funcionamento social. (SAULNIER; QUIRMBACH; KLIN, 2011, p. 163, grifo nosso).

Do ponto de vista das consequências funcionais do TEA e suas relações com os processos de aprendizagem da criança, essas aprendizagens podem ser comprometidas ou até mesmo impedidas de ocorrer, dada a ausência de capacidades sociais e de comunicação; interferências na alimentação e no sono também podem ocorrer – insistência em rotinas e aversão a mudanças, sensibilidades sensoriais, tornando os cuidados de rotina extremamente difíceis, como cortes de cabelo, cuidados dentários, por exemplo.

Em função de extremas dificuldades para planejar, organizar e enfrentar mudanças, assim como as discrepâncias entre suas capacidades adaptativas e capacidades cognitivas medidas (QI), o sucesso acadêmico tende a ser impactado de forma negativa, mesmo para alunos com

inteligência acima da média. Esse perfil funcional tende a impactar negativamente na vida adulta do indivíduo, pois a rigidez e contínuas dificuldades de enfrentamento do novo não favorecem sua independência face às demandas do meio, mesmo para indivíduos com inteligência preservada. (APA, DSM-5, 2014, p. 101).

Por sua vez, Brunoni, Mercadante e Schwartzman (2014, n.p.) afirmam que “Hoje, nos centros de referência pode-se esperar que algo próximo de 50% dos pacientes deve conquistar um certo nível de independência, principalmente porque os programas de intervenção têm sido estabelecidos cedo, antes dos 24 meses de idade”, destacando-se, assim, a relevância do diagnóstico precoce de casos com TEA.

De modo geral, podemos dizer que as estereotípias e o isolamento social tendem a melhorar com o passar do tempo, e o adulto com autismo funciona, usualmente, como os indivíduos com deficiência mental severa sem autismo, mas com linguagem mais pobre, maior possibilidade de resolver problemas e menor interação social. (SCHWARTZMAN, 2011, p. 107).

Pesquisadores têm investigado estratégias para identificar com segurança o autismo no primeiro ano de vida, pois “Ainda que alguns sintomas surjam muito cedo, nos primeiros meses de vida, os casos só costumam ser confirmados por volta dos 3 anos de idade, quando o cérebro já atravessou uma das fases de crescimento mais intenso. E isso na melhor das hipóteses” (ZORZETTO, 2011, p.20). Tem-se, ainda, aprofundado investigações sobre as causas, procedimentos de avaliação, diagnóstico, validação de instrumentos de avaliação, estratégias de intervenção e implicações do TEA.

A importância e benefícios do diagnóstico e intervenção precoce são reiterados na literatura.

Estudos sobre diagnóstico precoce têm demonstrado que o TEA pode ser acuradamente detectado em crianças antes dos três anos de idade. Tais estudos tem enfatizado a necessidade da estabilidade diagnóstica precoce, a aplicabilidade de instrumentos específicos para crianças bem jovens, e o ajuste e a adaptabilidade dos sintomas descritos pelo DSM – IV a serem aplicados a crianças bem jovens. (ARAÚJO, 2011, p. 185).

A detecção precoce e intervenções subsequentes, segundo autora acima, podem determinar prognósticos substancialmente melhores, como mais rapidez na aquisição de linguagem, melhor desenvolvimento das interações com pessoas e mais facilidade no funcionamento adaptativo, favorecedores da implementação de inclusão da criança nos processos de escolarização. Os objetivos dessas intervenções, principalmente para indivíduos com prejuízos cognitivos importantes, deverão ser propostos com vistas a melhorar a comunicação,

as interações sociais e reduzir as alterações comportamentais, implementando aprendizagens e independência nas atividades de vida diária. (BRUNONI; MERCADANTE; SCHWARTZMAN, 2014, n.p.). A precocidade do início das intervenções é fator fundamental para a melhoria do quadro clínico e do desenvolvimento da criança, que pode ser potencializado pela plasticidade cerebral.

Os pais são aliados importantes na precoce identificação do TEA, pois tendem a ser os primeiros a perceber sinais de alterações no desenvolvimento de sua criança. Os primeiros sintomas percebidos pelos pais de 32 pré-escolares com autismo foram investigados por Zanon, Backes & Bosa (2014, p. 25), e concluíram que “comprometimentos no desenvolvimento da linguagem foram os sintomas mais frequentemente observados, porém os da socialização foram os mais precocemente identificados”, corroborando achados de outros estudos. A idade média, no geral, em que os primeiros sintomas foram percebidos pelos pais foi 15,2 meses.

Durante a primeira infância, mais especificamente ao longo do segundo ano de vida, os sintomas do TEA costumam ser reconhecido, o que pode ocorrer antes dos 12 meses de vida se os atrasos do desenvolvimento forem graves – atrasos no desenvolvimento da linguagem acompanhado de falta de interesse em interações sociais ou interações sociais incomuns –; se os sintomas forem mais sutis poderão ser percebidos após os dois anos de idade.

No final da infância, podem ocorrer ganhos no desenvolvimento em certas áreas, como aumento no interesse por interações sociais, mas permanecem as dificuldades em administrar a complexidade dessa interação – isolamento ou comportamento social inadequado; contato visual pobre; dificuldade de participar de atividades em grupo; indiferença afetiva; falta de empatia social ou emocional. Durante os dois primeiros anos de vida, algumas crianças podem apresentar platôs ou regressão no desenvolvimento – deterioração gradual ou rápida em comportamentos sociais ou no uso da linguagem, perdas essas que são raras em outros transtornos, assim como, embora menos comuns, são as perdas de habilidades, como autocuidado, controle de esfíncteres, habilidades motoras, que são indicadores importantes para o diagnóstico diferencial do transtorno. Comportamentos estranhos e repetitivos e ausência de brincadeiras típicas tornam-se mais evidentes durante o segundo ano de vida. Na adolescência, em pequena proporção de indivíduos, ocorre deterioração comportamental, enquanto a maioria apresenta melhora. (APA, DSM-5, 2014, p. 99).

Sobre o tardio encaminhamento da criança para avaliação diagnóstica,

Há consenso na literatura especializada de que a idade média em que os pais expressam suas dúvidas gira em torno dos 17 meses, mas a idade do diagnóstico é bem mais tardia, aos 4 anos ou ainda mais tarde. Isso se deve a vários fatores, incluindo o fato de que a apresentação dos sintomas varia muito de caso para caso. Déficits na linguagem e déficits sociais podem não ser notados até que a criança seja colocada em contato com outras da sua idade e a interação entre elas seja observada. Além do mais, os instrumentos diagnósticos construídos para crianças pequenas são relativamente novos e estão, ainda, em fase de desenvolvimento e de validação. (ARAÚJO, 2011, p. 178).

O desconhecimento de certos aspectos do desenvolvimento normal de uma criança, como os comportamentos de comunicação não verbal, é um dos fatores que prejudica a intervenção precoce (BOSA, 2006). A autora salienta os desafios para a realização de um diagnóstico preciso devido à possibilidade de se confundir o autismo com outros transtornos relacionados a déficits de aprendizado ou prejuízos da linguagem, sintomas que são similares a outros quadros. Afora, ainda, a diversidade de enfoques que tentam explicar o autismo, com alternâncias entre justificativas relacionadas aos aspectos afetivo, social e cognitivo. (SERRA, 2004).

O atraso na realização do diagnóstico precoce pode ser influenciado por quatro fatores, segundo Siklos & Kerns (2007 apud ZANON; BACKES; BOSA, 2014, p. 26), quais sejam:

[...] a variabilidade na expressão dos sintomas do TEA (1); as limitações da própria avaliação de pré-escolares, uma vez que essa população demanda instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária (2); a falta de profissionais treinados/habilitados para reconhecer as manifestações precoces do transtorno (3); a escassez de serviços especializados (4).

Em se tratando do Brasil, têm-se como um dos entraves ao diagnóstico precoce a insuficiência numérica dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPSi, e a não habilitação dos profissionais que atuam nesses Centros, dentre outros.

No sistema público de saúde brasileiro, os casos suspeitos de autismo deveriam, em princípio, ser identificados pelos pediatras nas unidades básicas de saúde e encaminhados para cuidado especializado em um dos 128 centros [...]. Mas esses centros estão concentrados no Sudeste e no Nordeste. Cinco estados brasileiros não têm CAPSi e outros sete dispõem de apenas um, de acordo com relatório recente do Ministério da Saúde. [...] Mesmo na cidade de São Paulo, a mais bem servida do país, apenas 9 dos 16 CAPSi estão habilitados para atender casos de autismo [...]. (ZORZETTO, 2011, p. 19).

Visani & Rabello (2012) realizaram pesquisa em um dos nove CAPSi acima referidos, com o objetivo investigar, por meio da análise de 34 prontuários de pacientes em tratamento –14 com autismo e 20 com psicose infantil –, a trajetória e os descaminhos vividos pelas famílias das crianças até a chegada ao Centro, procurando esclarecer as condições nas quais

foi (ou não) possível efetuar diagnósticos precoces. Dentre os achados do estudo, no caso das crianças com TEA, as autoras afirmam que há um hiato temporal entre a percepção inicial dos pais, o diagnóstico e consequente início do tratamento, pois:

[...]. Em 78,6% dos casos de crianças autistas, os pais já haviam percebido algo de errado com seus filhos antes de um diagnóstico formal por parte de algum profissional ou instituição de saúde. Nesses casos, sinais foram percebidos, em 36,4% dos casos, quando a criança tinha um ano ou menos; em 27,3%, aos dois anos; e em 18,2% dos casos, quando a criança tinha três anos. [...] em 14,3% dos casos se passou menos de um ano entre a percepção inicial dos pais e o primeiro diagnóstico; em 14,3%, se passou um ano; em 7,1%, se passaram dois anos entre a percepção dos pais de que havia algo errado com seu filho e o primeiro diagnóstico de autismo; em 21,4%, se passaram três anos; e em 7,1% dos casos, se passaram quatro anos. [...]. (VISANI; RABELLO, 2012, p. 300-301).

O primeiro tratamento, para 85,7% das crianças com TEA, ocorreu no próprio CAPSi, e desse percentual 92,9% já haviam passado por outras instituições antes de chegar no Centro, porém, não foram encontradas nos prontuários especificações sobre o tratamento recebido pelas crianças nas instituições. O início do tratamento foi antecedido por passagens por profissionais e instituições de saúde, em casos mais graves até por seis profissionais e/ou instituições. Para as autoras, três são os motivos do tardio início do tratamento: a não detecção precoce; a demora por parte de instituições e/ou profissionais de saúde em estabelecer o diagnóstico e realizar um encaminhamento; insegurança na realização de um tratamento adequado à patologia por parte de profissionais e instituições de saúde. (VISANI; RABELLO, 2012, p. 300).

Em estudo de revisão da produção científica brasileira sobre TEA, que cobriu o período de 2002 a 2009, Teixeira et al. (2010, p. 611) concluíram, entre outros, que:

Existe uma demanda urgente de evidências que contribuam para o estabelecimento de programas de identificação e intervenção dos TEA no Brasil. A elaboração de políticas públicas de saúde depende de resultados advindos de estudos com rigor metodológico que devem ser divulgados por meio de revistas científicas, nacionais e internacionais de qualidade. Os dados da presente revisão revelaram que a produção científica de pesquisadores brasileiros não corresponde à demanda de nosso País, com carência em particular de estudos epidemiológicos com grandes amostras populacionais, pesquisas sobre validação de instrumentos diagnósticos e de identificação precoce que contribuam para o estabelecimento de políticas públicas que colaborem para a elaboração de programas de intervenção para estes sujeitos e seus familiares.

Dentre os programas de intervenções têm-se os do campo da educação, que em suas intersecções com políticas públicas do campo da saúde – avaliações diagnósticas e monitoramento público periódico voltados à identificação de casos vulneráveis –, devem

caminhar no sentido de se evitar a cronificação de quadros de TEA, decorrente de diagnósticos e intervenções tardias. É ainda um importante caminho para se garantir o atendimento à singularidade e às necessidades da criança e de suas famílias, que são direitos protegidos pela legislação vigente. (TEIXEIRA et al., 2010).

Adentrando o campo da formulação da atual política pública para o autismo no Brasil – área da saúde, Oliveira et al. (2017) analisaram as raízes de suas divergências, por eles afirmadas, e investigaram os pontos de convergência dessa política, por meio da análise de dois documentos lançados em 2013 pelo Ministério da Saúde, sobre a assistência ao autismo no Sistema Único de Saúde (SUS), que expressam diferenças de posicionamentos dos integrantes da atenção psicossocial e das associações de familiares de autistas, manifestas nos documentos “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista” – que remete o TEA ao campo das deficiências, direcionando a terapêutica pela via da reabilitação, e “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” – que concebe o TEA com um transtorno mental, com ações de cuidado pela rede de atenção psicossocial, destacando-se os CAPSi. Os documentos expressam diferentes concepções sobre o TEA, com orientações distintas no interior do SUS, “que, a rigor, deixam intacto o cenário de diferenças e dissensos sobre os modos de cuidar de pessoas com autismo no SUS”. (OLIVEIRA et al., 2017, p.711).

Os dois grupos, segundo os autores, desenvolvem suas ações de maneira simultânea, mas em paralelo: grupo da Atenção Psicossocial e partidários da Reforma Psiquiátrica, integrantes das ações diretamente ligadas à política pública de saúde mental do SUS; e as associações de pais e familiares de autistas, cujas ações assistenciais decorreram da omissão do poder público na destinação de recursos à clientela com TEA.

O primeiro grupo organizado de pais a surgir no Brasil foi o da Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo – AMA, em 1983, com o objetivo de fomentar a busca de conhecimento e troca de experiências sobre o autismo, em um período anterior à criação do SUS, no qual o Estado brasileiro não previa nenhuma estratégia para o acolhimento de crianças e adolescentes com sofrimento mental, tal como o autismo. (OLIVEIRA et al, 2017, p.709).

Na mesma década do surgimento da AMA, desenvolvia-se no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que defendia a revisão e superação do modelo de assistência, centradas em práticas de institucionalização, assim como a revisão das premissas teóricas destinadas às pessoas com transtornos mentais.

Anos após, por ação de tal Movimento e da promulgação da Lei nº 10.216/01, a saúde mental consolidou-se como política de Estado, sob o marco da Atenção Psicossocial, ancorada em sólidos aparatos jurídicos, políticos e clínicos, que reorganizaram a rede de serviço e inscreveram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como as principais estratégias de cuidado em saúde mental. (OLIVEIRA et al., 2017, p.709).

A análise dos dois documentos pelos autores evidenciou as convergências e divergências entre os dois grupos, porém, concluíram que os dissensos teóricos e clínicos – divergências epistemológicas –, não aparentam compor o principal fator nas controvérsias, pois são negociáveis, a partir das convergências.

A análise empreendida neste estudo conduz à hipótese de que a divergência entre o campo da reabilitação e o da atenção psicossocial, no caso do atendimento aos autistas, tem um caráter mais político do que epistemológico ou clínico, e que a luta pela legitimidade é o cerne do embate. O resultado do estudo recomenda a necessidade de novas investigações, a fim de ampliar possibilidades de análise que auxiliem o avanço, e não a institucionalização do conflito entre políticas públicas. (OLIVEIRA et al., 2017, p.723).

Cabe indagar como as divergências entre os dois grupos se manifestam no cotidiano do atendimento à criança com TEA e às suas famílias, considerando que ambos documentos foram lançados pelo Ministério da Saúde e orientam as ações no Sistema Único de Saúde.

2.1. AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E DA INCAPACIDADE DA PESSOA COM TEA – MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DA CIF

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), adotadas, entre outros, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se constituem em distintos modelos de classificações a serem usadas de forma complementar pelo avaliador. Derivada da CIF, editada no Brasil pela OMS em 2010, tem-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ), que cobre a faixa etária do nascimento aos dezoito anos, com os mesmos itens da CIF, porém contempla características físicas, sociais e psicológicas da população infantil e adolescente, acrescentando componentes, por exemplo, como “mamar”, “ir à escola”.

As diferenças entre as duas classificações e a complementariedade das mesmas são expostas pela OMS, como segue.

Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10, [...] que fornece uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associados aos estados de saúde são classificados na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares, e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto esses dois membros da família de classificações internacionais da OMS. A CID-10 proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, que é complementado pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre a funcionalidade. Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada em tomadas de decisão. (OMS, CIF, 2004 p. 7- 8).

Diferentes modelos conceptuais sustentam a CID-10 e a CIF, pois enquanto a primeira, conforme acima, “fornece uma estrutura de base etiológica” – modelo médico, a CIF assume o modelo biopsicossocial – “expresso numa dialética de ‘modelo médico’ versus ‘modelo social’”. (OMS, CIF, 2004, p.21).

No modelo médico, a incapacidade e a funcionalidade de um indivíduo são compreendidas e explicadas como um problema pessoal ou individual, causado pela doença, requerendo assistência médica – questão central –, e tratamento, com vistas à cura ou adaptação do indivíduo ou, ainda, mudanças de comportamento; defende, a nível político, modificações ou reformas da política de saúde. Por sua vez, a incapacidade de um indivíduo, no modelo social, é compreendida como um problema criado pela sociedade, cuja questão central está na plena integração do indivíduo na sociedade; diferentemente do modelo médico, a incapacidade não é compreendida e explicada como atributo do indivíduo, “mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social”, e, em sendo assim, a solução do problema demanda atuações do grupo social, promovendo modificações ambientais para se garantir a plena participação das pessoas com incapacidades em todos os âmbitos da vida social. Nesse modelo, a incapacidade do indivíduo remete a uma questão de natureza política, portanto, ideológica, sustentada na defesa dos direitos humanos. São dois modelos opostos, integrados pela CIF, ao propor o modelo biopsicossocial: “Para se obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem ‘biopsicossocial’ – síntese do modelo médico e social, que integra as três dimensões da saúde, quais sejam, biológica, individual e social. (OMS, CIF, 2004, p. 21-22).

A CIF, portanto, ultrapassa a abordagem diagnóstica da CID-10, descrevendo características da funcionalidade do indivíduo, considerando a participação do mesmo em processos interativos com o ambiente. Para Miccas, D’Antino & Vital (2014, n.p), “[...] acredita-se que, a despeito da importância de um diagnóstico clínico, o conhecimento da

funcionalidade de cada indivíduo, em particular, seja fundamental para que se possa desenhar sistemas de apoio educacional adequados a cada caso”. Tem-se, assim, o enfoque na funcionalidade humana e não apenas nas incapacidades da pessoa, levando em conta todo um contexto no qual o sujeito está inserido, considerando os fatores que influenciam em seu desempenho e em sua qualidade de vida.

A CIF pode ser utilizada como ferramenta com múltiplas e distintas finalidades: estatística – coleta e registro de dados; investigação – medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais; clínica – avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados; pedagógica – elaboração de programas educacionais, para aumentar a conscientização e realizar ações sociais; política social – planejamento de sistemas de segurança social, sistemas de compensação, projetos e desenvolvimento de políticas, cobrindo, assim, diferentes âmbitos de possíveis ações no mundo social.

Sua utilização, conforme Ruaro et al. (2012), deve ser implementada em práticas clínicas, no ensino e em pesquisas, embora Miccas, D’Antino & Vital (2014) afirmem que trabalhos que embasem o seu uso ainda sejam escassos no Brasil, possibilita, primordialmente, um olhar para o desenvolvimento e a funcionalidade global do indivíduo, assim como a padronização de informações a serem utilizadas por diferentes profissionais, bem como a padronização de relatórios de diferentes áreas/profissionais, como os da educação (MICCAS; D’ANTINO; VITAL, 2014). Permite, ainda, coletar dados vitais sobre tipos e níveis de funcionalidade e incapacidade do indivíduo de modo consistente e comparável internacionalmente, fornecendo bases para compor dados em nível nacional, ajudando a guiar o desenvolvimento de políticas públicas em diferentes áreas (DI NUBILA, 2010), e a promover a igualdade de oportunidade para todos e a apoiar a luta contra a discriminação das pessoas com deficiência ou incapacidade. (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

A CIF é útil num âmbito muito largo de aplicações diferentes. [...]. Oferece uma estrutura conceptual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoais, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais. É também útil no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas. (OMS, CIF, 2004, p.10).

A classificação proposta pela CIF engloba todos os aspectos da saúde humana e componentes relacionados com o bem-estar da pessoa, p.e., educação, trabalho, descrevendo-

os em termos de domínios de saúde e domínios relacionados à saúde; aplica-se a todas as pessoas, e não apenas a pessoas com incapacidades, possibilitando a descrição de situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano, bem como suas restrições – o termo funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação.

Seus componentes, abaixo especificados, podem contribuir para diferentes campos de aplicabilidade no que diz respeito ao entendimento das definições de deficiência ou incapacidades, a partir do conceito de funcionalidade e dos fatores contextuais. A deficiência, muitas vezes, não pode ser observada diretamente, mas pode ser inferida a partir de causas presumidas (prejuízos, danos), com suas distintas consequências, isto é, uma restrição ou incapacidade para desempenhar normalmente vários papéis, principalmente no trabalho. (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Em sua composição, as informações estão organizadas em duas partes, cada uma delas com dois componentes: (a) funcionalidade e incapacidade – componentes relacionados ao corpo (funções e estruturas, e inclui as funções psicológicas), e às atividades e participação, que fornecem indicativos dos aspectos da funcionalidade individual e social; a incapacidade inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação; (b) fatores contextuais – componentes relacionados ao ambiente imediato e geral do indivíduo: físico, social e atitudinal, que impactam sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade; esses fatores representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo; componentes pessoais, que em função de sua variação social e cultural, não são classificados pela CIF. Os fatores pessoais referem-se:

Ao histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde [...] podem incluir sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, padrão geral de comportamento, carácter, características psicológica individuais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível. (OMS, CIF, 2004, p. 19).

Os dois níveis de organização dos fatores ambientais, integrantes dos fatores contextuais, remetem a duas dimensões, quais sejam:

Individual – no ambiente imediato do indivíduo, englobando espaços como o domicílio, o local de trabalho e a escola. Este nível inclui as características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, bem como o contato direto com outros indivíduos, tais como, família, conhecidos, colegas e estranhos.

Social – estruturas sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre os indivíduos. Este nível inclui organizações e serviços relacionados com o trabalho, com atividades na comunidade, com organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais, bem como, leis, regulamentos, regras formais e informais, atitudes e ideologias. (OMS, CIF, 2004, p. 19, grifo nosso).

Os fatores contextuais interagem com os componentes das funções e estruturas do corpo e com as atividades de participação. Assim sendo, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo, com uma determinada condição de saúde – ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, restringe o desempenho do indivíduo. Considera-se, portanto, que a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa decorrem de uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais – ambientais e pessoais, considerados essenciais na classificação. “O constructo básico do componente dos Fatores Ambientais é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal”. (OMS, CIF, 2004, p. 12).

A avaliação da funcionalidade e incapacidade do indivíduo, e do contexto, proposta pela CIF, pode ser expressa em termos positivos e negativos, nos vários domínios a serem avaliados; cada domínio tem várias categorias – unidades de classificação, com códigos numéricos correspondentes, acrescidos de qualificadores, que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade da pessoa avaliada naquela categoria, possibilitando, ainda, avaliar a atuação do fator ambiental – facilitador ou obstáculo ao funcionamento do indivíduo no mundo social.

O apoio à incapacidade também pode ser intensificado através da utilização da CIF. Como o principal objetivo é identificar as intervenções que possam melhorar os níveis de participação das pessoas com incapacidades, a CIF pode ajudar a identificar onde está o principal “problema” da incapacidade: no ambiente que cria uma barreira, na ausência de um facilitador, na capacidade limitada do próprio indivíduo ou numa combinação de fatores. Este esclarecimento permitirá orientar adequadamente as intervenções e monitorar e medir os seus efeitos sobre os níveis de participação. Deste modo, podem ser atingidos os objetivos concretos baseados em evidências a ser alcançadas as metas globais de apoio à incapacidade. (OMS, CIF, 2004, p. 216).

A título de ilustração, trazemos o proposto pela CIF para avaliação do indivíduo nos domínios do componente “atividades e participação”, que engloba aprendizagens básicas, interações interpessoais ou de trabalho, cujos domínios são qualificados por desempenho e capacidade (dois qualificadores), que podem ser utilizados com e sem dispositivos de auxílio ou assistência pessoal ao indivíduo em avaliação; o auxílio pode remover limitações da funcionalidade do indivíduo em domínios específicos. O primeiro qualificador descreve o que

o indivíduo faz no seu ambiente e vida habitual, e como se dá o seu “envolvimento numa situação de vida”, ou a experiência vivida, implicando, portanto, na ação de fatores ambientais; problema de desempenho pode resultar do ambiente social, sendo possível inferir o que pode ser feito no ambiente para o indivíduo melhorar o seu desempenho. O qualificador de capacidade, que reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente, descreve a aptidão do indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação,

[...] identifica o nível máximo de funcionamento que a pessoa pode atingir num domínio específico num dado momento. A capacidade é medida num ambiente uniforme ou padrão refletindo assim a capacidade do indivíduo ajustada para o ambiente. Os fatores ambientais podem ser utilizados para descrever as características deste ambiente uniforme ou padrão”. (OMS, CIF, 2004, p. 112).

Na avaliação dos domínios, a CIF propõe para cada um dos qualificadores – capacidade e desempenho – a seguinte escala:

NENHUMA dificuldade	(nenhuma, ausente, escassa...)	0-4%
Dificuldade LIGEIRA	(leve, baixa...)	5-24%
Dificuldade MODERADA	(média, regular...)	25-49%
Dificuldade GRAVE	(alta, extrema...)	50-95%
Dificuldade COMPLETA	(total...)	96-100%
Não especificada		
Não aplicável		

Quadro 1. Atividades e participação: matriz de informação

Domínios	Qualificador	
	Desempenho	Capacidade
Aprendizagem e aplicação dos conhecimentos.		
Tarefas e exigências gerais.		
Comunicação.		
Mobilidade.		
Autocuidados.		
Vida doméstica.		
Interações e relacionamentos interpessoais.		
Principais áreas da vida.		
Vida comunitária, social e cívica.		

Fonte: OMS, CIF, 2004, p. 17.

A CIF e a CIF-CJ podem ser grandes aliadas na avaliação de alunos com deficiência por apresentarem uma nova concepção de sujeito, que privilegia suas possibilidades de participação

e interação com o meio ambiente, a despeito da condição intrínseca da deficiência. Assim, colocam o foco na condição da pessoa como um todo, e naquilo que cada indivíduo é capaz de desenvolver ou vir a desenvolver. (MICCAS; D'ANTINO; VITAL, 2014). Coerente com o modelo biopsicossocial, propõe um mecanismo para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa, considerando, portanto, os aspectos sociais da deficiência. Tal modelo – biopsicossocial – é reiterado na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Lei nº13.146/2015, que no § 1º do Art. 2º afirma que “a avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará”: os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo (I); os fatores ambientais, psicológicos e pessoais (II); a limitação no desempenho de atividades (III); e a restrição de participação (IV) (BRASIL, 2015 a).

As deficiências podem ser temporárias ou permanentes, leve ou grave, e variáveis ao longo do tempo; correspondem “a um desvio relativamente ao que é geralmente aceito como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções”, incluindo funções mentais. “[...] quando há uma deficiência, há uma disfunção das funções ou estruturas do corpo [...]”. (OMS, CIF, 2004, p.15).

Pessoas com diagnóstico de TEA enquadram-se no grupo de pessoas com deficiência, condição reconhecida pela legislação brasileira: “A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” – § 2º Art. 1º da Lei nº 12.764/2012, que “institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”. (BRASIL, 2012).

Neste capítulo, foram abordados aspectos referentes ao diagnóstico, avaliação e intervenções junto a pessoas com TEA, assim como foram descritas, com base na literatura consultada, as características de desenvolvimento e os prejuízos funcionais de pessoas com o transtorno. A literatura evidencia que os desafios para os profissionais da saúde ainda são imensos, requerendo investimentos na formação dos mesmos, com vistas à identificação, diagnóstico e intervenções precoces, assim como se pode inferir a necessária e urgente habilitação e capacitação de profissionais da educação para atender às necessidades e singularidades de crianças com TEA, dada a complexidade do quadro, tema que será abordado no capítulo quatro. Se são necessárias “pesquisas sobre validação de instrumentos diagnósticos e de identificação precoce que contribuam para o estabelecimento de políticas públicas que colaborem para a elaboração de programas de intervenção para estes sujeitos e seus familiares”,

conforme Teixeira et al.(2017, p. 611), a CIF se constitui em instrumento relevante de avaliação da funcionalidade e incapacidades da pessoa com TEA, e conseqüente proposição de programas de intervenção educacional, com vistas a contemplar a atual política educacional brasileira, cujos marcos legais são abordadas no capítulo que segue.

3. MARCOS LEGAIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Tematizar políticas de inclusão escolar do aluno com TEA implica em adentrar o campo das políticas públicas brasileiras direcionadas aos hoje denominados alunos com necessidades educacionais especiais (NEE), situando essas políticas no contexto de iniciativas internacionais sobre a temática. Ressalta-se, porém, e em concordância com Kassir (2011, p. 71), “[...] que a implantação de uma política de educação inclusiva deve ser analisada no contexto complexo das políticas sociais nas sociedades capitalistas”, o que implica pensar a educação a partir de seus condicionantes – econômicos, sociais, culturais e ideológicos, portanto, políticos, que atuam de forma relacional na formulação e implantação de políticas no campo da educação.

Ciente da complexidade da empreitada, este capítulo volta-se à reconstrução dos principais caminhos trilhados pela legislação educacional brasileira – Educação Especial, na definição de uma política para a área.

Demarca-se, inicialmente, que o marco legal da educação inclusiva brasileira, extensiva, portanto, a todos, e não apenas aos alunos da Educação Especial, encontra-se expresso na Constituição de 1988, que configura a educação e a saúde, entre outros, como um direito social, portanto, como direito de todos e dever do Estado e da família, conforme Art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988).

Determina-se no parágrafo 1º mesmo artigo, a responsabilidade do Estado na promoção de programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitindo a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos, em se tratando de pessoas com deficiência:

[...]

II – criação de **programas de prevenção e atendimento especializado** para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a **eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação**. (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Para a modalidade da Educação Especial, o dever do Estado, afirma o texto constitucional, será efetivado mediante a garantia da oferta do atendimento educacional especializado (AEE) a alunos com deficiência e com necessidades educacionais especiais, preferencialmente na rede regular de ensino (Art. 208), assegurando o princípio da igualdade de condições para o acesso e permanência na escola. (Art. 206).

Entretanto, em uma perspectiva histórica, faz-se importante assinalar iniciativas oficiais, em âmbito nacional, precursoras da proposição de uma política nacional de Educação Especial no Brasil, que remetem ao ano de 1957 – “O atendimento educacional aos excepcionais foi explicitamente assumido, a nível nacional, pelo governo federal, com a criação de campanhas especificamente voltadas para este fim” – Campanha para Educação de Surdos Brasileiros (1957); Campanha Nacional de Educação e Reabilitação dos Deficientes Visuais (1958); Campanha Nacional de Educação dos Deficientes Mentais (1960), “em um contexto nacional de intensificação do debate sobre a educação popular, reforma universitária e movimentos de educação popular” (MAZZOTTA, 1996, p.49; MENDES, 2010, p.99). Tais campanhas foram antecedidas por iniciativas oficiais e particulares, que remontam ao período de 1854 a 1956, conforme relevante estudo realizado por Mazzotta (1996, p. 15), que afirma que “não se pode ignorar sua longa construção sociocultural”.

Do ponto de vista da legislação educacional, componente orientador da política educacional, a Lei nº 4024/61 – primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, estabelece nos artigos 2º e 88, respectivamente: “A educação é direito de todos e será dada no lar e na escola”; “A educação de excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de ensino, a fim de integrá-los na comunidade” (BRASIL,1961).

Em 1967, a nova Constituição brasileira afirma que “o direito à educação deve ser igual a todos”, instituindo “o 1º grau obrigatório para todos, dos 7 aos 14 anos, gratuito, nos estabelecimentos de ensino públicos”. Assegura aos deficientes a melhoria da condição social e econômica, mediante: “educação especial gratuita; assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica e social do País; proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos”. (BRASIL, 1967).

Em 1971, foi sancionada a Lei 5.692 – Lei de Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º Graus, que estabeleceu, no Artigo 9º: “Os alunos que apresentem deficiências físicas e mentais, que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados

deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação”. Decorrentes desta Lei, foram publicados dois pareceres: Parecer nº 848/72, que estabeleceu: “Os excepcionais estão incluídos na obrigatoriedade escolar dos 7 aos 14 anos, com direitos a que levem em conta as suas características individuais prolongando o ensino gratuito até o limite da real educabilidade de cada aluno”; Parecer 1.682/74, que estabeleceu: “O acompanhamento e a avaliação dos deficientes deverão constituir processo contínuo e trabalho cooperativo, abrangendo aspectos relativos à capacidade intelectual, interesses, atitudes, competência social, aproveitamento escolar”. (MAZZOTTA, 1996)

Portanto, desde 1961, a legislação educacional brasileira já garantia o direito à educação, na rede regular de ensino, dos à época denominados alunos excepcionais, embora esse direito, assim como para a população geral, tenha sido efetivado para poucos, e, em se tratando do aluno com deficiência, quando ocorreu foi em classes especiais, concomitantemente ao atendimento em escolas e instituições especializadas.

Embora iniciativas isoladas e precursoras possam ser constatadas em nosso país, na área de educação especial, a partir do século XIX, apenas na década de setenta, é que se constata uma resposta mais abrangente da sociedade brasileira a esta questão (Bueno, 1991; Ferreira, 1993). O início dessa história coincidiu com no auge da hegemonia da filosofia da “normalização e integração” no contexto mundial. Se até então havia o pressuposto que a segregação escolar, permitiria melhor atender as necessidades educacionais diferenciadas desses alunos, após esse período, houve uma mudança filosófica orientada pela ideia de inserção escolar em escolas comuns. [...] foram 30 anos de uma política tido como regida pelo princípio de “integração escolar”, até emergir o discurso da “educação inclusiva” ou da “inclusão escolar” no país, a partir de meados da década de noventa. (MENDES, 2010, p. 105-106).

Na década de 1970, mais precisamente no ano de 1973, portanto, durante o regime militar, ocorreu a institucionalização oficial da Educação Especial, com a criação do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), que, após mudanças no nome e extinções, suas ações passaram, em 2001, a integrar a atual Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI). A criação do “CENESP [...] foi um marco importante, pois deu início a ações mais sistematizadas dirigidas à melhoria e à expansão do atendimento educacional oferecido para esses sujeitos em todas as secretarias estaduais de educação” – ampliação de classes especiais nas escolas regulares estaduais e de instituições especializadas, especialmente de natureza privada. (PLETSCH, 2014, p. 4 e 8).

Nesse cenário histórico, a responsabilidade pelo atendimento dos alunos com deficiências era compartilhada entre instituições privadas/especializadas, como as Sociedades Pestalozzi e as APAES, que atendiam os alunos mais comprometidos, e a rede pública de ensino, que

atendia, nas classes especiais, os alunos menos comprometidos, caracterizando-se por um compartilhamento de ações sustentado na legislação educacional. “Essa relação de atendimentos fez com que as instituições especializadas assumissem uma posição de atores principais na Educação Especial brasileira”. (KASSAR, 2011 p. 72). Assim, e dada a insuficiência de vagas decorrente da omissão do Estado em garantir os direitos educacionais e sociais das pessoas com deficiência, “o atendimento continuava funcionando como um serviço paralelo à educação geral, segundo o qual os alunos que não se enquadravam no sistema regular permaneciam segregados, a maioria em instituições privadas” [subsidiadas com recursos públicos]. (PLESTSCH, 2014, p. 4). Na década de 1980, políticas assistencialistas continuaram predominantes, assim como o apoio técnico e financeiro às instituições especializadas.

As diretrizes da Constituição de 1988 “sinalizaram uma mudança de concepção sobre o espaço da escolarização das pessoas com deficiência até aquele momento, [pois] pela primeira vez, [...] o Estado assumiu a educação de pessoas com deficiência, prioritariamente em escolas regulares”. (PLESTSCH, 2014, p. 9). No ano seguinte à promulgação da Constituição foi aprovada a Lei nº 7.853/89, que estabeleceu “normas gerais para o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência e sua efetiva integração social”. No inciso I do artigo 2º, define seis medidas a serem tomadas pelos órgãos da administração direta e indireta no campo da educação:

- a) **a inclusão da Educação Especial no sistema educacional** como modalidade educativa que abranja a educação precoce, a pré-escolar, as de 1º e 2º graus, a supletiva, a habilitação e reabilitação profissionais, com **currículos, etapas e exigências de diplomação próprios**;
- b) **a inserção, no sistema educacional, das escolas especiais**, privadas e públicas;
- c) **a oferta obrigatória e gratuita da Educação Especial** em estabelecimentos públicos de ensino;
- d) **O oferecimento obrigatório de programas de Educação Especial** a nível pré-escolar e escolar, em **unidades hospitalares** e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a um ano, de educandos portadores de deficiência;
- e) **o acesso de alunos portadores de deficiência aos benefícios conferidos aos demais educandos**, até mesmo material escolar, merenda escolar e bolsa de estudo;
- f) **A matrícula compulsória em cursos regulares** de estabelecimentos públicos e particulares **de pessoas portadoras de deficiência capazes de se integrarem no sistema regular de ensino**. (BRASIL, 1989, grifo nosso).

Destacamos do acima exposto o conteúdo da última alínea (f), que reitera o modelo de Educação Especial predominante à época – a integração escolar, corroborando com a afirmação de Mendes (2010), pois, embora a lei tenha determinado a matrícula compulsória do aluno com

deficiência na escola regular, essa matrícula foi condicionada às possibilidades e capacidades do aluno, ou às suas limitações face às demandas do processo de aprendizagem da escola regular, mantendo-se aberto o espaço para o atendimento do aluno em instituições e escolas especiais – “por não ter se mostrado capaz de se integrar no sistema regular de ensino”.

Nesse tempo, década de 1.990, o país vivia sérios problemas econômicos e educacionais:

Mais de dois terços das crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos não eram beneficiados pela escola, em função de três modalidades de exclusão fortemente presente na sociedade brasileira, a saber: a) a impossibilidade de acesso; b) a exclusão precoce da escola (sobretudo com altos índices de evasão; c) a inclusão sem acesso ao ensino de qualidade. (PATTO, 2000 apud PLESTSCH, 2014, p.10).

Na sequência, foi aprovada a Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, que estabelece, no Art. 54, o dever do Estado de “assegurar à criança e ao adolescente atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”, reiterando-se, assim, o disposto na Constituição Federal de 1988.

Uma retrospectiva do percurso escolar trilhado por crianças e jovens com deficiência, até os tempos de educação inclusiva no mundo e no Brasil, nos leva a situar o modelo anterior – integração escolar, predominante nos anos sessenta do século passado, que surge em oposição ao modelo de institucionalização, cujos pressupostos teóricos e práticas escolares começaram a ser questionados em um contexto de transformações sociais do pós-guerra, da Declaração dos Direitos da Criança e dos Direitos do Homem, do desenvolvimento de associações de pais e reivindicações das próprias pessoas com deficiência por direitos, igualdade de oportunidades e à participação na sociedade (SILVA, 2009).

Defendia-se, na integração escolar, assentada no princípio da “normalização”, atendimento educativo diferenciado e individualizado em instituições de educação e de ensino regular, com metas semelhantes aos demais alunos, implicando, assim, na necessidade de adequar métodos de ensino, meios pedagógicos, currículos, recursos humanos e materiais, assim como os espaços educativos: “[...] possibilidade de que o deficiente mental desenvolva um tipo de vida tão normal quanto possível”, “[...] aceitá-los de acordo com a sua especificidade própria, proporcionando-lhes serviços da comunidade que contribuíssem para desenvolver as suas possibilidades, de modo a que os seus comportamentos se aproximassem dos modelos considerados ‘normais’”. (SILVA, 2009, p.139).

A reiteração do modelo de integração ocorreu em 1981, declarado pela ONU como Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, cujos direitos à igualdade de oportunidades, à

integração e à normalização das crianças e dos jovens com deficiência, foram uma vez mais proclamados. Entretanto, nesse tempo, as causas dos problemas educativos começaram a ser perspectivadas não em termos do indivíduo, mas da situação educativa, e o esforço de mudança passou a centrar-se na problemática mais alargada do ensino e da aprendizagem, demandando que a escola respondesse à individualidade do aluno e, conseqüentemente, seu encaminhamento para uma instituição de educação especial só deveria correr mediante o esgotamento da capacidade de resposta no ensino regular. (SILVA, 2009).

Nesse modelo de serviços de Educação Especial, a deficiência era significada como um desvio ou *handicap* biológico, que demandava tratamento – reabilitação e educação, em consonância com padrões/normas sociais estabelecidos, aos quais a pessoa com deficiência deveria ajustar-se: “Apesar do nítido progresso em relação às atitudes e às práticas de segregação do passado [modelo de institucionalização], estas formas de participação social e educativa só responderam em parte aos direitos destas pessoas, na medida em que exigiam pouco da sociedade” (SILVA, 2009, p. 143).

No movimento de transição para o modelo de educação inclusiva, as teorias do “*handicap* biológico” foram ressignificadas, e passou-se a atribuir à sociedade o papel de introduzir modificações e adaptações, de modo a acolher todos os excluídos por motivos econômicos, culturais, étnicos, políticos, intelectuais, religiosos ou outros, e não apenas as pessoas com deficiência, emergindo, assim, a narrativa da aceitação e valorização da diversidade, como valores a nortear a inclusão social, em especial, das pessoas com deficiência – processo pelo qual a sociedade deve se adaptar/transformar para incluir em todos os seus sistemas as pessoas com necessidades especiais, preparando-as para assumir o seu papel na sociedade.

A consolidação da narrativa da Educação Especial inclusiva no Brasil, iniciada em meados da década de 1990, seguiu uma tendência mundial, influenciada, dentre outros, pelos movimentos de direitos humanos e de institucionalização manicomial surgidos nas décadas de 60 e 70 – Movimento da Reforma Psiquiátrica, desenvolvido no Brasil na década de 80, segundo Amarante (1994), citado por Oliveira et al. (2017, p. 709). Ressalta-se, porém, que, no Brasil, o avanço da narrativa para a implantação da denominada educação inclusiva ocorreu nos anos 2000, nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010): “Pressionado por oferecer atendimento aos alunos que possuem deficiência, desde 2.003 o Governo Federal opta pela matrícula dessa população em salas comuns de escolas públicas [...]”. (KASSAR, 2011, p. 72).

A transição do modelo de institucionalização ao da integração e deste ao modelo de inclusão foi marcada, em especial, por decisões e medidas tomadas por organizações e agências internacionais, na década de 1990, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Banco Mundial, como a Declaração Mundial sobre Educação para Todos – satisfação das necessidades básicas de aprendizagem (1990), a Declaração de Salamanca – sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais (1994), a Convenção de Guatemala (1999) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006). Tais documentos impulsionaram o movimento a favor da educação inclusiva, que se disseminou e se institucionalizou nas políticas educacionais brasileiras, ao longo dos anos noventa.

A Declaração de Salamanca assevera, no item 3 da introdução da Estrutura de Ação em Educação Especial:

O princípio que orienta esta Estrutura é o de que **escolas deveriam acomodar todas as crianças** independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Aquelas deveriam **incluir crianças deficientes e superdotadas, crianças de rua e que trabalham, crianças de origem remota ou de população nômade, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais, e crianças de outros grupos desvantajados ou marginalizados**. Tais condições geram uma **variedade de diferentes desafios aos sistemas escolares**. (UNESCO, 1994, n.p., grifo nosso).

A defesa da universalização do acesso à educação e promoção da equidade no sistema educativo são objetivos que já constavam na Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990), que contempla as necessidades básicas de aprendizagem das pessoas com deficiência.

[...]

2. Para que a educação básica se torne equitativa, é mister oferecer a todas as crianças, jovens e adultos, a oportunidade de **alcançar e manter um padrão mínimo de qualidade da aprendizagem**.

3. [...]. **Os preconceitos e estereótipos de qualquer natureza devem ser eliminados da educação**.

[...]

5. **As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo**. (UNESCO, 1990, n.p. grifo nosso).

Os compromissos da Unesco com a Educação para Todos foram reafirmados quatro anos após, na Conferência Mundial de Educação Especial, pois a Declaração de Salamanca reiterou

a defesa expressa na primeira Declaração (1990): que “a educação das pessoas com deficiência faça parte integrante dos sistemas educativos”; “[...] reconhecendo a necessidade e urgência do providenciamento de educação para as crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais dentro do sistema regular de ensino”, e que as escolas regulares deveriam ter orientação inclusiva (UNESCO, 1994, n.p.), anunciando, assim, um novo paradigma discursivo no campo da Educação Especial, ancorado em novos pressupostos sobre a diversidade e singularidade humana, assim proclamados:

- **toda criança tem direito fundamental à educação**, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem;
- toda criança possui características, interesses, habilidades e **necessidades de aprendizagem que são únicas**;
- sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a **vasta diversidade de tais características e necessidades**;
- aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma **Pedagogia centrada na criança**, capaz de satisfazer a tais necessidades;
- **escolas regulares** que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de **combater atitudes discriminatórias** criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva [...]. (UNESCO, 1994, n.p., grifo nosso).

Nesse novo cenário discursivo, a Declaração de Salamanca adota e redefine o conceito de necessidades educativas especiais, introduzido na Inglaterra, em 1978, pelo Relatório Warnok, contrapondo-se às categorizações médicas e psicológicas presentes no modelo de integração. No Relatório, o termo é assim significado:

[...] um aluno tem **necessidades educativas especiais** quanto, comparativamente com os alunos de sua idade, apresenta **dificuldades significativamente maiores para aprender** ou tem algum problema de ordem física, sensorial, intelectual, emocional ou social, ou uma combinação destas problemáticas, a que os meios educativos geralmente existentes nas escolas não conseguem responder, **sendo necessário recorrer a currículos especiais ou a condições de aprendizagem adaptadas** (BRENNAN, 1990 apud SILVA, 2009, p.140, grifo nosso).

O conceito cunhado por Helen Mary Warnok demarcava as necessidades de aprendizagem diferenciadas do aluno da Educação Especial, atribuindo-se à escola responsabilidade em fornecer os meios especiais de acesso do aluno ao currículo, ou seja, conclama a necessária transformação da escola para atender às singularidades do processo de aprendizagem e desenvolvimento do aluno com NEE, opondo-se, assim, ao modelo e às práticas da integração escolar.

Eixo importante da política educacional brasileira, juntamente com o conceito de atendimento educacional especializado, reiterados à exaustão nas bases legais da Educação Especial, o conceito de NEE, assim é expresso na Declaração de Salamanca:

[...] refere-se a todas aquelas crianças ou jovens cujas necessidades educacionais especiais se originam em função de deficiências ou dificuldades de aprendizagem. Muitas crianças experimentam dificuldades de aprendizagem e, portanto, possuem necessidades educacionais especiais em algum ponto durante a sua escolarização. **Escolas devem buscar formas de educar tais crianças bem-sucedidamente, incluindo aquelas que possuam desvantagens severas.** (UNESCO, 1994, n.p. grifo nosso.).

Passados doze anos da Declaração de Salamanca, mais precisamente em 13/12/2006, a ONU adota a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada com força de Emenda Constitucional pelo governo brasileiro, por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008, e promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009 – “Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007”. O propósito da Convenção é anunciado no Art. 1º: “[...] promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente”. (BRASIL, 2009a).

Ao definir deficiência, no Art. 1º, assume o modelo biopsicossocial.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2009a).

Por considerar que fatores contextuais/ambientais podem atuar como limitadores à participação social da pessoa com deficiência, portanto, à sua funcionalidade, avança para além do modelo médico/etiológico da CID-10, o que representa avanço importante na concepção em si de deficiência, no encaminhamento de avaliações e intervenções, remetendo ao modelo biopsicossocial assumido pela CIF.

Os princípios gerais (8) que sustentam a Convenção, ancoradouros dos objetivos de um sistema educacional inclusivo, são anunciados no Art. 3º:

[...] respeito pela dignidade inerente e autonomia individual da pessoa com deficiência; a não-discriminação; plena e efetiva participação e inclusão social; respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana; igualdade de oportunidades; acessibilidade; igualdade entre o homem e a mulher; respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e o direito das mesmas de preservar sua identidade. (BRASIL, 2009a).

O direito das pessoas com deficiência à educação é afirmado no Art. 24, a ser efetivado sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades. Os Estados-Partes devem assegurar um sistema educacional inclusivo, com os seguintes objetivos:

- a) O pleno desenvolvimento do potencial humano e do senso de dignidade e autoestima, além do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos, pelas liberdades fundamentais e pela diversidade humana;
- b) O máximo desenvolvimento possível da personalidade e dos talentos e da criatividade das pessoas com deficiência, assim como de suas habilidades físicas e intelectuais;
- c) A participação efetiva das pessoas com deficiência em uma sociedade livre. (BRASIL, 2009a).

Os objetivos acima se sustentam na meta de inclusão plena, significada como não exclusão de pessoas com deficiência do sistema educacional sob alegação de deficiência; acesso ao ensino de qualidade e gratuito, em igualdade de condições com as demais pessoas; adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais; apoio, no âmbito geral do sistema educacional, para facilitar a efetiva educação de alunos com deficiência; medidas de apoio individualizado, que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social da pessoa com deficiência.

No campo da saúde, tratado no Art. 25 da Convenção, atribui-se aos Estados-Partes a responsabilidade, entre outros, de: propiciar serviços de saúde, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos, prevendo-se, ainda, a organização, fortalecimento e ampliação de serviços e programas de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais. Orienta que os programas e serviços comecem precocemente e que sejam baseados em avaliação multidisciplinar e nos pontos fortes de cada pessoa com deficiência; apoiem a participação e a inclusão da pessoa na comunidade local e em todos os aspectos da vida social. (BRASIL, 2009a).

Importante demarcar do acima exposto a dependência da oferta de programas e serviços especializados o mais precoce possível e o diagnóstico precoce da criança com deficiência, dentre elas, as com TEA, assim como diferenciar as avaliações clínicas para fins de diagnóstico das avaliações multidisciplinares de natureza educacional/pedagógica, cujos resultados devem possibilitar a identificação dos pontos fortes da criança e do jovem, que se configuram como ponto de partida para o planejamento das intervenções educacionais especializadas/professor

do AEE e professor do ensino regular/capacitado. Ou seja, em se tratando de crianças com TEA, dadas as especificidades do quadro, as áreas da saúde (diagnóstico e intervenções terapêuticas) e da educação se interpenetram, não cabendo, assim, a valorização de uma das áreas, secundarizando a outra, embora cumpram papéis específicos junto à criança com TEA.

No contexto das iniciativas e orientações internacionais, extenso aparato legal foi produzido no Brasil a partir da Lei nº 9.394/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), que tem direcionado a política nacional de Educação Especial, na perspectiva da educação inclusiva. Desse aparato, destacamos: Resolução CNE/CEB nº 2/2001, que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, documento que incorporou os princípios da educação inclusiva e passou a fomentar o discurso e as práticas educacionais; Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008); Decreto nº 186/2008 – aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo; Resolução CNE/CEB nº 4/2009 – institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial; Decreto nº 7.611/2011 – dispõe sobre a Educação Especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências; Nota Técnica nº 62/2011 – orientações aos Sistemas de Ensino sobre o Decreto nº 7.611/2011; Nota Técnica – SEEST/GAB/Nº 11/2010 - Orientações para a Institucionalização da Oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares; Nota Técnica nº 19/2010- MEC/SEESP/GAB – Profissionais de apoio para alunos com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento matriculados nas escolas comuns da rede pública de ensino; Lei nº 12.764/2012 – institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; Lei nº 13.146/2015 – institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

A partir da promulgação da LDBEN/1996, precedida das orientações internacionais, tem-se o fortalecimento da narrativa da inclusão escolar do aluno com deficiência, com a implementação de políticas de inclusão, tendo como *locus* preferencial do atendimento, mas não exclusivo, as classes regulares, com o suporte obrigatório do AEE. A LDBEN/1996 reitera preceitos constitucionais sobre a educação dos alunos com NEE, e define, no Art. 58, a Educação Especial como “modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e

altas habilidades ou superdotação (redação dada pela Lei nº 12.796/2013) ”; e determina nos parágrafos do artigo que:

§ 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.

§ 2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

§ 3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil. (BRASIL, 1996).

A gratuidade do atendimento educacional especializado, que deve ser transversal a todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, e oferecido preferencialmente na rede regular de ensino, é configurado como um dos deveres do Estado, conforme artigo 4º da LDBEN. Quanto aos sistemas de ensino, determina, no Art. 59 (redação dada pela Lei nº 12.796/2013), que os mesmos devem assegurar aos alunos com NEE:

I– currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;

II– terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, [...];

III– professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;

IV– educação especial para o trabalho, [...];

V– acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular;

[...]. (BRASIL, 1996).

A certificação de conclusão de escolaridade (inciso II acima) – terminalidade específica do Ensino Fundamental foi reiterada no Art. 16 da Resolução CNE/CEB nº 02/2001.

É facultado às instituições de ensino, esgotadas as possibilidades pontuadas nos Artigos 24 e 26 da LDBEN, viabilizar ao **aluno com grave deficiência mental ou múltipla**, que não apresentar resultados de escolarização previstos no Inciso I do Artigo 32 da mesma Lei, **terminalidade específica do ensino fundamental**, por meio da certificação de conclusão de escolaridade, com histórico escolar que apresente, de forma descritiva, as competências desenvolvidas pelo educando, bem como o encaminhamento devido para a educação de jovens e adultos e para a educação profissional. (BRASIL, 2001a, grifo nosso).

O Estado de São Paulo, a título de exemplo, regulamentou a terminalidade específica por meio da Portaria Conjunta CENP/COGSP/CEI, de 6/7/2009 – “Dispõe sobre a Terminalidade Específica”, definindo como exigência relatório individual circunstanciado acompanhado dos

seguintes documentos: fichas de observação periódica e contínua realizada e dos registros feitos pelo atendimento no Serviço de Apoio Pedagógico Especializado; cópia da avaliação das habilidades e competências atingidas pelo aluno nas diversas áreas do conhecimento; histórico escolar do aluno; cópia do termo de certificado de terminalidade escolar específica; registro do encaminhamento proposto ao aluno; parecer favorável emitido pelos supervisores responsáveis pela Educação Especial e pela unidade escolar nas diretorias regionais de ensino.

Art. 1º - Entenda-se por **Terminalidade Escolar Específica**, a certificação de estudos correspondente à conclusão de ciclo ou de determinada série do ensino fundamental, expedida pela unidade escolar, a alunos com necessidades educacionais especiais, que apresentem **comprovada defasagem idade/série e grave deficiência mental ou deficiência múltipla, incluída a mental, que não puderam, comprovadamente, atingir os parâmetros curriculares estabelecidos pela Pasta para o ensino fundamental.** (SÃO PAULO, 2009, grifo nosso).

No parágrafo único do mesmo artigo acrescenta-se que fazem jus à certificação os alunos com NEE, com deficiência mental, que demandem apoio constante de alta intensidade, inclusive para gerir sua vida e que demonstrem não terem se apropriado das competências e habilidades básicas fixadas para determinada série ou ciclo do Ensino Fundamental.

Esse instrumento legal é ponto polêmico na legislação, como evidenciado no Parecer MEC/SEESP/DPEE 14/2009, em resposta ao Projeto de Lei nº 6.651/2009 (PL), que propôs alteração do Art. 59 da Lei 9.394/96.

O PL, segundo parecer do MEC, objetiva assegurar terminalidade específica, mas demanda que seja explicitada a dispensa de idade limite ou da capacidade de aprender para o atendimento educacional especializado e, assim, garantir o acesso das pessoas com deficiência mental à escola de acordo com sua capacidade intelectual e sem discriminação pela faixa etária – “se o projeto enseja abordar o direito à educação a partir dos 18 anos, não cabe alterar, mas, sim, suprimir a “terminalidade específica para as pessoas com deficiência prevista no inciso II do Art. 59 da Lei nº. 9394/96”, defende o MEC, pois o PL reafirma o propósito de manutenção de um sistema paralelo de Educação Especial definido para seu público-alvo, permitindo que esses alunos permaneçam indeterminadamente no AEE, entendido como substitutivo à educação regular, segregado, com base na deficiência e sem fluxo nas etapas, modalidades e níveis de ensino. O Parecer do MEC destaca que a oferta da educação para os alunos que estão fora da faixa etária do ensino obrigatório (4 a 17 anos) é realizada na modalidade de EJA, com o AEE para alunos com deficiência, devendo, os sistemas de ensino, organizar proposta pedagógica condizente com os grupos etários e seus interesses. Dessa forma, não se justifica terminalidade específica com base na deficiência, uma vez que a legislação garante a todas as

peças a continuidade de estudos na Educação de Jovens e Adultos, bem como são previstos cursos de extensão pela Educação Profissional aos que estão fora da faixa etária obrigatória, cuja matrícula fica condicionada à capacidade de aproveitamento, e não ao nível de escolaridade. Segundo o Parecer do MEC, o PL contraria a concepção de sistema educacional inclusivo assumido pelo Brasil com o Decreto nº. 6.949/2009, no Art. 24, e, principalmente, contraria a Emenda Constitucional nº 59/09, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006), promulgada no Brasil por meio do Decreto nº. 6.949/2009, e Resolução CNE/CEB Nº. 4/2009.

De fato, se levarmos em consideração os avanços das pesquisas sobre o desenvolvimento humano, avaliar como terminada a possibilidade de aprendizagem de pessoas com deficiência intelectual não tem amparo científico. Igualmente, a partir do entendimento dos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, conhecida como Declaração da ONU (Brasil, 2008) — aprovada como emenda constitucional no Brasil, que reconhecem em seu artigo 24 o direito educacional das pessoas com deficiências à educação e ao aprendizado ao longo de toda a vida, **a terminalidade perde sentido legal**. (PLESTSCH, 2014, p. 11, grifo nosso).

Isso posto, e retomando as iniciativas legais, tem-se o lançamento da “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” - MEC/ SECADI (2008). Documento importante pelo posicionamento crítico na avaliação da educação; qualifica a educação inclusiva como uma ação política, cultural, social e pedagógica de âmbito mundial, constituindo-se em um “paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferenças como valores indissociáveis, e que avança em relação à equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola” (BRASIL, 2008, n.p.). Tal Política, segundo o MEC, “acompanha os avanços do conhecimento e das lutas sociais, visando construir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos”. (BRASIL, 2010a, p.9).

O documento reconhece a histórica legitimação política da exclusão escolar, reprodutora da desigualdade social, evidenciada, uma vez mais, no processo de democratização do acesso à escola, mas que, ainda, continuava excluindo indivíduos e grupos sociais considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola, cuja seleção dos indivíduos tendia à naturalização do persistente fracasso escolar, eximindo-se da responsabilidade pela seleção social, pela via da escolarização da população.

A história de nossa educação constitui-se de forma a separar os alunos em normais e anormais; fortes e fracos, et. Dentro dessa forma de pensar a educação, muitas crianças

estiveram longe das escolas públicas (não apenas crianças com deficiência). A política educacional impele a outras práticas escolares, diferentes das construídas historicamente. Para essa nova direção, o governo federal estabeleceu **um** caminho: a matrícula em classe comum e o apoio de atendimento educacional especializado para complementar ou suplementar a escolaridade. [...]. (KASSAR, 2011, p. 76, grifo da autora).

No contexto da educação nacional, continua o documento, a Educação Especial foi organizada como substitutiva ao ensino comum, criando-se ao longo dos tempos instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais, fundamentando essa educação no conceito de normalidade/anormalidade, com práticas de natureza clínico-terapêuticas, assentadas nos déficits ou nos limites decorrentes da deficiência. O acesso, participação e aprendizagem dos estudantes com NEE nas escolas regulares, são objetivos da Política lançada, devendo os sistemas de ensino responder às necessidades educacionais dos estudantes público-alvo da Educação Especial, por meio da garantia da (o): transversalidade da Educação Especial, em todos os níveis da educação nacional; atendimento educacional especializado; continuidade da escolarização; formação de professores para o AEE e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; participação da família e da comunidade; acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

No ano de 2009, com a finalidade de orientar a organização dos sistemas educacionais inclusivos, o Conselho Nacional de Educação (CNE) publica a Resolução CNE/CEB nº 4/2009 – institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Educação Básica, reiterando no Art. 4º o público-alvo do AEE, reafirmado no § 1º do Art. 1º do Decreto nº 7611/2011, quais sejam:

I – Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial.

II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. **Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos em outra especificação.**

III – Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade. (BRASIL, 2009 b, grifo nosso).

Como síntese das diretrizes pedagógicas/educacionais orientadoras da educação do público-alvo da Educação Especial, o Decreto nº 7611/2011 – “dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências”, e explicita as diretrizes no Art. 1º:

I– garantia de um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades;

II– aprendizado ao longo de toda a vida;

III– não exclusão do sistema educacional geral sob alegação de deficiência;

IV– garantia de ensino fundamental gratuito e compulsório, asseguradas adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais;

V– oferta de apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação;

VI– adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena;

VII– oferta de educação especial preferencialmente na rede regular de ensino; e

VIII– apoio técnico e financeiro pelo Poder Público às instituições privadas sem fins lucrativos, especializadas e com atuação exclusiva em educação especial. (BRASIL, 2011b).

O apoio especializado, significado como atendimento educacional especializado (AEE), é tratado no inciso V do Art. 2º do Decreto, afirmando que o mesmo deve voltar-se à “eliminação de barreiras que possam obstruir o processo de escolarização de estudantes com deficiência, transtorno do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação”. O AEE é configurado como “conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucional e continuamente”, cujo acesso deve ser estimulado pelo Poder Público, assegurando a dupla matrícula do aluno – no ensino regular e no AEE, para efeito da distribuição dos recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB). Segundo o mesmo artigo do Decreto, esse atendimento deverá ser prestado no turno inverso da escolarização, de forma “complementar à formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, com apoio permanente e limitado no tempo e na frequência dos estudantes às salas de recursos multifuncionais”; ou suplementar, destinado a estudantes com superdotação/altas habilidades, com os seguintes objetivos, conforme Art. 3º:

- I – prover condições de acesso, participação e aprendizagem no ensino regular e garantir serviços de apoio especializados de acordo com as necessidades individuais dos estudantes;
- II – garantir a transversalidade das ações da educação especial no ensino regular;
- III – fomentar o desenvolvimento de recursos didáticos e pedagógicos que eliminem as barreiras no processo de ensino e aprendizagem; e
- IV – assegurar condições para a continuidade de estudos nos demais níveis, etapas e modalidades de ensino. (BRASIL, 2011b).

Trata-se, portanto, o AEE, de um serviço da Educação Especial que identifica, elabora e organiza recursos pedagógicos e de acessibilidade, que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas (BRASIL, 2008). Os recursos de acessibilidade são os que “asseguram condições de acesso ao currículo, promovendo a utilização dos materiais didáticos e pedagógicos, dos espaços, dos mobiliários e equipamentos dos sistemas de comunicação e informação” (BRASIL, 2001). O AEE caracteriza-se como meio pelo qual o aluno possa desenvolver plenamente suas potencialidades e, dessa forma, integrar-se à educação regular e também às atividades sociais, afirma o MEC.

A institucionalização da oferta do AEE deve integrar o conjunto das ações a serem previstas no Projeto Político Pedagógico da escola (PPP), que, conforme Art. 10 da Resolução CNE/CEB nº 4/2009, comportam: (a) a matrícula no AEE, realizado em sala de recursos multifuncionais (SRM), dos alunos público-alvo da Educação Especial matriculados em classes comuns da própria escola e alunos de outra (s) escolas (s) de ensino regular, conforme demanda da rede de ensino; (b) cronograma de atendimento pelo AEE; (c) plano do AEE, com a identificação das necessidades educacionais específicas dos alunos e definição dos recursos necessários e das atividades a serem desenvolvidas; (d) professores especializados para o exercício do AEE, e outros profissionais da educação, p.e., tradutor interprete de Libras, e outros que atuem no apoio, principalmente nas atividades de alimentação, higiene e locomoção; (e) redes de apoio no âmbito da atuação profissional, da formação, do desenvolvimento da pesquisa, do acesso a recursos, serviços e equipamentos, a fim de maximizar o AEE (BRASIL, 2009b). Deve “envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da educação especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas” (BRASIL, 2011b). A Nota Técnica – SEEST/GAB/Nº 11/2010 especifica outras ações de responsabilidade da escola: na construção do PPP: considerar a flexibilidade da organização do AEE, realizado individualmente ou em pequenos grupos, conforme o plano de AEE à cada aluno; registrar no Censo escolar MEC/INEP a matrícula de alunos público-alvo da Educação Especial nas classes

comuns, e as matrículas no AEE realizado na SRM da escola; efetivar a articulação pedagógica entre os professores que atuam na SRM e os professores das salas das salas comuns, a fim de promover as condições de participação e aprendizagem dos alunos.

O provimento pelos sistemas de ensino dos profissionais de apoio é tratado na Nota Técnica nº 19/2010-MEC/SEESP/GAB: profissionais de apoio para promoção da acessibilidade às comunicações e atenção aos cuidados pessoais de alimentação, higiene e locomoção, cuja oferta se justifica quando a necessidade específica do estudante não for atendida no contexto geral dos cuidados disponibilizados aos demais estudantes. A atuação dos profissionais de apoio deve ocorrer de forma articulada com os professores da sala regular e da SRM, entre outros profissionais no contexto da escola, não sendo de sua competência desenvolver atividades educacionais diferenciadas junto ao aluno, e nem se responsabilizar pelo ensino deste aluno. Dentre esses profissionais, têm-se o tradutor e intérprete de Libras e de guia-intérprete para alunos surdocegos; profissional para auxílio individualizado ao aluno que não realiza com independência atividades de locomoção, higiene, alimentação; profissional acompanhante (aluno com TEA) para favorecer o desenvolvimento dos processos pessoais e sociais para a autonomia; auxiliar na Educação Infantil, nas atividades de pátio, na segurança, na alimentação, entre outras atividades.

A organização e oferta de serviços de apoio, configurados como diferenciação positiva, devem ser previstos e fundamentados no PPP da escola. A diferenciação positiva implica em não associar a deficiência à doença, carência ou invalidez, não restringindo a participação do aluno com base na deficiência, buscando-se, assim:

[...] superar o modelo educacional calcado em processos terapêuticos, onde atividades comuns como brincar, dançar, praticar esporte e outras são implementadas por profissionais especializados em um tipo de deficiência, geralmente em espaços segregados, que desvincula tais pessoas do seu contexto histórico e social. (BRASIL, 2010b, n.p.).

Quanto ao financiamento dos serviços de apoio, o mesmo deve integrar os custos gerais com o desenvolvimento do ensino, no âmbito da educação pública e privada, não devendo ser transferido às famílias dos estudantes, por meio da cobrança de taxas ou qualquer outra forma de repasse dessa atribuição, o que é reiterado no § 1º do Art. 28 da Lei nº 13.146/2015, ao referir-se às instituições privadas: “[...] sendo vedada a cobrança de valores adicionais de qualquer natureza em suas mensalidades, anuidades e matrículas [...]”.

Com a finalidade de ampliar a oferta do AEE ao público-alvo, a União assume a responsabilidade de prestar apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos – estaduais, municipais e do Distrito Federal, aos centros de atendimento educacional especializado públicos e instituições de caráter comunitário, confessional ou filantrópico sem fins lucrativos conveniadas com o Poder Público, com atuação exclusiva na Educação Especial, e que por força da legislação tem a prerrogativa de também ofertar o AEE. Esse apoio prestado pela União, como especificado nos incisos do Art. 5º do Decreto nº 7611/2011, contempla ações de:

- I– aprimoramento do atendimento educacional especializado já ofertado;
- II – implantação de salas de recursos multifuncionais;
- III– formação continuada de professores, inclusive para o desenvolvimento da educação bilíngue para estudantes surdos ou com deficiência auditiva e do ensino do Braille para estudantes cegos ou com baixa visão;
- IV– formação de gestores, educadores e demais profissionais da escola para a educação na perspectiva da educação inclusiva, particularmente na aprendizagem, na participação e na criação de vínculos interpessoais;
- V– adequação arquitetônica de prédios escolares para acessibilidade;
- VI– elaboração, produção E distribuição de recursos educacionais para a acessibilidade; e
- VII– estruturação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior. (BRASIL, 2011b).

O *lócus* da oferta do AEE é a SRM, como já colocado – “ambientes dotados de equipamentos, mobiliários e materiais didáticos e pedagógicos para a oferta do atendimento educacional especializado”. O Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais foi instituído pelo MEC/SECADI, por meio da Portaria nº 13/2007, preconizando, no Art. 1º, que o objetivo de sua criação é “apoiar os sistemas de ensino na organização e oferta do atendimento educacional especializado” aos alunos com NEE matriculados em classes comuns do ensino regular de escolas públicas estaduais e municipais da Educação Básica, registrados no Censo Escolar MEC/INEP, “e contribuir para o fortalecimento do processo de inclusão educacional nas classes comuns de ensino”. O Programa disponibiliza às escolas públicas de ensino regular um conjunto de equipamentos de informática, mobiliários, materiais pedagógicos e de acessibilidade para a organização do espaço de AEE, cabendo ao sistema de ensino disponibilizar espaço físico para sua implantação, bem como o professor para atuar no AEE.

No quadro que segue, tem-se a composição das SRM – 2012/2013, último período disponibilizado pelo MEC, que teve alterações em sua composição desde sua implantação,

visando atender às demandas dos sistemas de ensino. De acordo com sítio do MEC, essas salas são classificadas em tipo I – destinadas a alunos com deficiência ou Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), e tipo II – com acréscimo de materiais específicos para alunos com deficiência visual.

Quadro 2. Composição das salas de recursos multifuncionais (SRM) - 2012/2013

Equipamentos/quantidade	Materiais Didáticos Pedagógicos/quantidade
2 notebooks	1 software para comunicação aumentativa e alternativa
2 estabilizadores	1 esquema corporal
1 impressora multifuncional	1 sacolão criativo
1 roteador Wireless	1 quebra cabeças superpostos – sequência lógica
1 mouse com entrada para acionador	1 bandinha rítmica
1 acionador de pressão	1 material dourado
1 teclado expandido com colmeia	1 tapete alfabético encaixado
1 lupa eletrônica	1 dominó de associação de ideias
1 mouse estático de esfera	1 memória de numerais
1 scanner com voz	1bola de futebol com guizo
1 máquina de escrever em braille	2 bolas de guizo
Mobiliários/quantidade	1 caixinha de números
	1 caixa tátil
1 mesa redonda	1 kit de lupas manuais
4 cadeiras para mesa redonda	1 alfabeto braille
2 mesas para computador	1 dominó tátil
2 cadeiras giratórias	1 memória tátil
1 mesa para impressora	1 plano inclinado – suporte para livro
1 armário	1 alfabeto móvel e sílabas
1 quadro branco	

Fonte: MEC: Documento Orientador Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, n.d., p. 16.

Afora o Programa de Implantação da Sala de Recursos Multifuncionais, a fim de materializar a política de educação inclusiva, o Governo Federal tem ofertado um conjunto de outros programas e ações – Programa Nacional de Formação Continuada de Professores na Educação Especial – presencialmente e à distância; Formação de Professores para o Atendimento Educacional Especializado – formação continuada, prioritariamente na modalidade à distância; Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) – realiza acompanhamento e monitoramento do acesso e permanência nas escolas do alunos beneficiários do BPC, até 18 anos; Programa Escola Acessível – adaptação arquitetônica das

escolas, ações de acessibilidade nos programas nacionais do livro com a garantia dos formatos em braille, Libras, áudio e digital falado, de laptops para alunos cegos do ensino médio e dos últimos anos do ensino fundamental; a articulação com as Secretarias de Educação dos estados e do Distrito Federal para a organização e atuação dos Centro de Apoio Pedagógico às pessoas com deficiência visual, Centro de Capacitação de Profissionais da Educação para área da surdez, bem como dos núcleos de atividades de altas habilidades/superdotação; Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade – formação de gestores e educadores para o desenvolvimento de sistemas educacionais inclusivos, por meio da organização de cursos presenciais nos municípios brasileiros; Programa Incluir; Cursos de Letras/Licenciatura em Libras e o Prolibras, este realizado anualmente pelo INEP em todas as capitais, para certificação de profissionais fluentes no ensino de Libras e na tradução e interpretação de Libras.

A implementação de uma política estruturante nos sistemas de ensino, que altere a organização e funcionamento da escola, é pressuposto da educação inclusiva voltada à superação do modelo de integração da Educação Especial. O caminho para a construção da proposta pedagógica da escola, com vistas ao cumprimento de sua função social, está na valorização das diferenças e na oferta do AEE, sob responsabilidade de professor especializado – “[...] com formação em nível médio ou superior, para o atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns”, como preconizado no inciso III do Art. 59 da LDBEN. A diferenciação do perfil de formação desses dois profissionais da educação e suas atribuições encontram-se no § 2º do Art. 18 da Resolução CNE/CEB nº 2/2001.

São considerados **professores especializados em educação especial** aqueles que desenvolveram competências para identificar as necessidades educacionais especiais para definir, implementar, liderar e apoiar a implementação de estratégias de flexibilização, adaptação curricular, procedimentos didáticos pedagógicos e práticas alternativas, adequados ao atendimento das mesmas, bem como trabalhar em equipe, assistindo o professor de classe comum nas práticas que são necessárias para promover a inclusão dos alunos com necessidades educacionais especiais. (BRASIL, 2001a, grifo nosso).

Constata-se, oito anos após a Resolução acima, a ampliação das atribuições do professor especializado, como explicitadas nos incisos I ao VIII do Art.13 da Resolução CNE/CEB nº 4/2009:

I– identificar, elaborar, produzir e organizar serviços, recursos pedagógicos, de acessibilidade e estratégias considerando as necessidades específicas dos alunos público-alvo da Educação Especial;

- II– elaborar e executar plano de Atendimento Educacional Especializado, avaliando a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade;
- III– organizar o tipo e o número de atendimentos aos alunos na sala de recursos multifuncionais;
- IV– acompanhar a funcionalidade e aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade na sala de aula comum do ensino regular, bem como em outros ambientes da escola;
- V– estabelecer parcerias com as áreas intersetoriais na elaboração de estratégias e na disponibilização de recursos de acessibilidade;
- VI– orientar professores e famílias sobre os recursos pedagógicos e de acessibilidade utilizados pelo aluno;
- VII– ensinar e usar a tecnologia assistiva de fora a ampliar habilidades funcionais dos alunos, promovendo autonomia e participação;
- VIII– estabelecer articulação com os professores da sala de aula comum, visando a disponibilização dos serviços, dos recursos pedagógicos e de acessibilidade e das estratégias que promovem a participação dos alunos nas atividades escolares. (BRASIL, 2009b).

Em contexto de educação inclusiva, o § 1º do mesmo artigo acima, diferencia o perfil de formação inicial do professor do AEE daquele da classe comum que atua com alunos que apresentam NEE, pois este deve ser capacitado: “[...] aqueles que comprovem que, em sua formação, de nível médio ou superior, foram incluídos conteúdos sobre a educação especial adequados ao desenvolvimento de competências e valores para”:

- I– perceber as necessidades educacionais especiais dos alunos e valorizar a educação inclusiva;
- II– flexibilizar a ação pedagógica nas diferentes áreas de conhecimento de modo adequado às necessidades especiais de aprendizagem;
- III– avaliar continuamente a eficácia do processo educativo para o atendimento de necessidades educacionais especiais;
- IV– atuar em equipe, inclusive com professores especializados em educação especial. (BRASIL, 2009b).

Com vistas à implementação da formação desse professor, o Plano Nacional de Educação (PNE 2014-2024) propõe uma estratégia direcionada aos cursos de licenciatura, que respondem pela capacitação de professores para atuar nas classes regulares com alunos com NEE, em parceria com os professores especializados, conforme legislação que trata da formação dos profissionais da educação. A estratégia proposta é a que segue:

4.16. incentivar a inclusão nos cursos de licenciatura e nos demais cursos de formação para profissionais da educação, **inclusive em nível de pós-graduação**, observado o disposto no caput do art. 207 da Constituição Federal, **dos referenciais teóricos, das teorias de aprendizagem e dos processos de ensino-aprendizagem relacionados ao atendimento educacional** de alunos com deficiência, transtornos

globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação; (BRASIL, 2014, grifo nosso).

O PNE foi instituído pela Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014 - “Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências”, configurando-se, assim como os Planos Estaduais de Educação (PEE) e os Planos Municipais de Educação (PME), como instrumento de planejamento da educação, que deve orientar a execução e o aprimoramento de políticas públicas do setor, definindo diretrizes, objetivos, metas e estratégias a serem executados no prazo de 10 anos, após a aprovação do plano.

A elaboração do PNE, PEE e PME implica um processo político de tomada de decisões e negociações sobre os objetivos e caminhos a serem trilhados pela política educacional, em seus diferentes âmbitos – federal, estadual e municipal: “produto de decisão política, o plano é também uma peça técnica que passa a ser a referência para a ação pública” (BRASIL, 2014, p. 10).

Dada a temática desta pesquisa, destacamos das 20 metas do PNE (2014-2024) a nº 4 – Educação Especial, e tecemos algumas considerações analíticas sobre a mesma.

Meta 4. Universalizar, para a população de quatro a dezessete anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, **o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado**, preferencialmente na rede regular de ensino, **com a garantia** de sistema educacional inclusivo, **de salas de recursos multifuncionais**, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados. (BRASIL, 2014, grifo nosso).

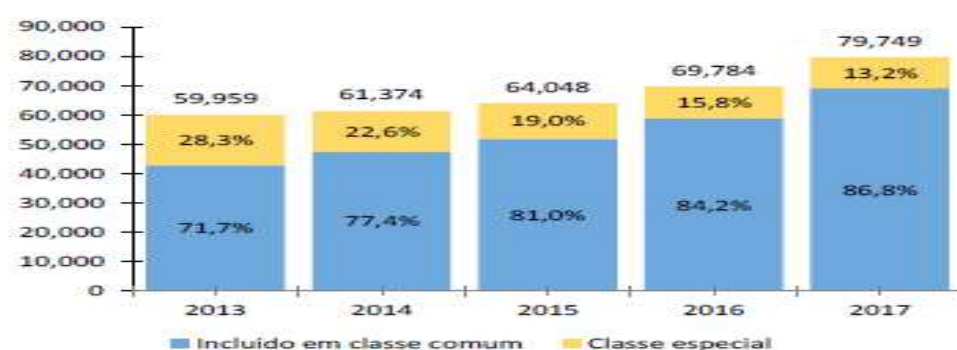
Foram propostas 19 (dezenove) estratégias para a implementação da meta, que devem ser compreendidas como desafios assumidos pela União no encaminhamento da política educacional para a área da Educação Especial. Cabe destacar na meta a não obrigatoriedade do Estado do atendimento à criança da faixa etária de zero a três anos, que corresponde à etapa da creche – integrante da Educação Infantil. Mesmo levando considerando que o dever do Estado com a educação escolar pública refere-se à garantia de: “educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade” (inciso I do Art. 4º da LDBEN), entende-se que, em se tratando do público-alvo da Educação Especial, caberia uma discriminação ou diferenciação positiva para a faixa de 0 (zero) a 3 (três) anos, dada a relevância das intervenções educacionais precoces, antecedidas pelo diagnóstico, como, por exemplo, do TEA. A estratégia 4.2 refere-se a essa faixa etária, mas mesmo propondo a universalização do atendimento escolar à faixa etária da creche, a mesma está condicionada à “demanda manifesta pelas famílias”, ou

seja, não se trata de obrigatoriedade nem por parte das famílias nem do Estado, como pode ser verificado na redação da estratégia.

4.2. promover, no prazo de vigência deste PNE, a **universalização do atendimento escolar à demanda manifesta pelas famílias de crianças de zero a três anos** com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, observado o que dispõe a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional; (BRASIL, 2014, grifo nosso).

A fim de se avaliar os desafios impostos ao cumprimento da meta, trazemos dados do Censo Escolar – 2017, sobre a atual situação do atendimento escolar do público-alvo da Educação Especial. Tomando-se a faixa de 4 a 5 anos – pré-escola, coberta pela obrigatoriedade, houve evolução no atendimento à demanda, no período de 2013 a 2017: o percentual dos alunos público-alvo da Educação Especial incluídos em classe comum, na etapa da Educação Infantil, passou de 71,7% (59.959 crianças) em 2013 para 86,8% (79.749 crianças) em 2017, com crescimento de 15,1% (BRASIL, 2018, p. 11). Como o PNE não define prazo para o cumprimento da meta, fica subentendido que até 2024, ano de encerramento do PNE, 13,2% de novas matrículas devam ocorrer para que a meta seja cumprida, que considerando o ritmo de crescimento de 15,1% em cinco anos, o objetivo deve ser alcançado. A evolução anual do atendimento à demanda consta no gráfico que segue.

Gráfico 1. Número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades na Educação Infantil e distribuição por tipo de turma (incluídos em classes comuns e em classes especiais exclusivas) – Brasil 2013-2017

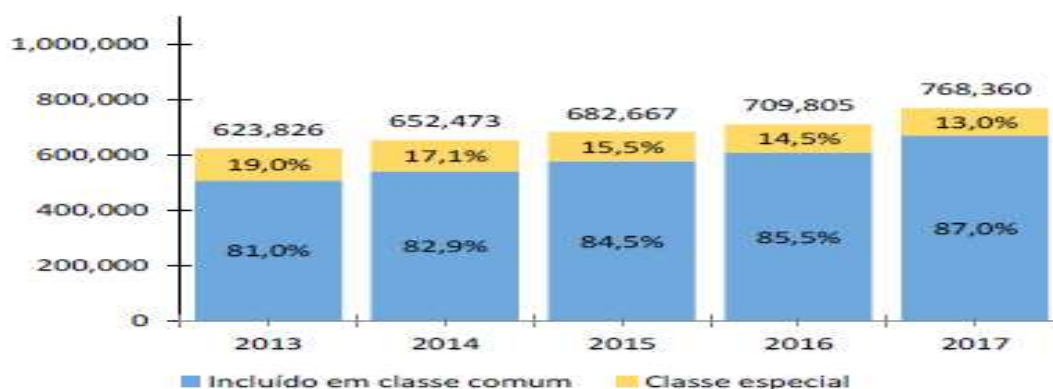


Fonte: MEC/INEP. Censo Escolar. Notas Estatísticas, 2018, p. 11.

Destaca-se no gráfico o percentual de crianças da Educação Infantil atendidas em classes especiais [e instituições especializadas], embora com evolução negativa: 28,3% em 2013 e 13,2% em 2017, sugerindo um distanciamento do apregoado pelas bases legais da política de Educação Especial inclusiva. O Censo informa que apenas 32,1% das escolas de Educação Infantil possuem banheiro adequado a alunos com deficiência ou mobilidade reduzida.

No Ensino Fundamental, no mesmo período (2013-2017), a evolução de matrículas, conforme gráfico abaixo, foi de 81% (623.826 alunos) para 87% (768.360 alunos), portanto, com crescimento de 6% das matrículas (BRASIL, 2018, p.11-12). Assim como na Educação Infantil, a evolução do número de alunos atendidos em classes especiais [e instituições especializadas], no período, também foi decrescente: 19% em 2013 e 13% em 2017. Para que a universalização do atendimento na Educação Básica ocorra, conforme a meta do PNE, 13 % de novas matrículas devem ser implementadas, nessa etapa de ensino, até 2024. O Censo informa que apenas 39,9% das escolas brasileiras que atendem o público-alvo da Educação Especial, no Ensino Fundamental, disponibilizam banheiro adequado – 37,1% nos anos iniciais e 51,7% nos anos finais; em relação à adequação das vias e dependências para o mesmo público, o percentual é de 29,8%.

Gráfico 2. Número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades no Ensino Fundamental e distribuição por tipo de turma (incluídos em classes comuns e em classes especiais exclusivas) – Brasil 2013-2017



Fonte: MEC/INEP. Censo Escolar. Notas Estatísticas, 2018, p. 13.

No Ensino Médio (gráfico 3), o número de matrículas dos alunos da Educação Especial quase dobrou no período, com 98,9% incluídos em classe comum, no ano de 2017: 48.589 alunos em 2013 e 94.274 alunos em 2017. Nessa etapa de ensino, também há alunos atendidos em classes especiais, embora em número mais reduzido, comparativamente às etapas anteriores da Educação Básica. Quanto às condições estruturais das escolas – adaptações arquitetônicas, o Censo informa que em apenas 62,2% das escolas os banheiros são adequados/adaptados para alunos com deficiência ou mobilidade reduzida, e que em relação à adequação das vias e dependências para o mesmo público, o percentual é de 46,7%.

Gráfico 3. Número de matrículas de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades no Ensino Médio e distribuição por tipo de turma (incluídos em classes comuns e em classes especiais exclusivas) – Brasil 2013-2017



Fonte: MEC/INEP. Censo Escolar. Notas Estatísticas, 2018, p. 15.

Os dados evidenciam avanço nas matrículas do público-alvo da Educação Especial, no período de 2013 a 2017, com redução dos percentuais de matrícula em classes especiais ou instituições especializadas.

O avanço evidenciado do acesso à Educação Básica, da faixa etária de quatro a dezessete anos, está em sintonia com os desafios propostos pelo PNE: “Universalizar, para a população de quatro a dezessete anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica [...], preferencialmente na rede regular de ensino”. Portanto, o termo “preferencialmente” deixa em aberto a possibilidade de alunos da Educação Especial continuarem o atendimento escolar em classes especiais e instituições especializadas, o que tem sido denunciado por pesquisadores da área ser este um ponto contraditório na legislação, que se explicita na estratégia 4.8 do PNE: “garantir a oferta de educação inclusiva, vedada a exclusão do ensino regular sob alegação de deficiência [...]”. (BRASIL, 2014, grifo nosso).

Se o acesso tem sido implementado, cabe interrogar as condições de permanência desse aluno na escola. No que toca à acessibilidade arquitetônica, os dados são preocupantes, levando-se em consideração apenas as adaptações dos banheiros e adequação das vias e dependências, como assinalado pelo Censo Escolar. A estratégia do PNE, quanto à acessibilidade arquitetônica, transporte, material didático e recursos tecnológicos aos alunos da Educação Especial, é a que segue:

4.6 manter e ampliar programas suplementares que promovam a acessibilidade nas instituições públicas, para garantir o acesso e a permanência dos (as) alunos (as) com deficiência por meio da **adequação arquitetônica**, da oferta de **transporte acessível** e da disponibilização de **material didático** próprio e de **recursos de tecnologia assistiva**, assegurando, ainda, no contexto escolar, em todas as etapas,

níveis e modalidades de ensino, a identificação dos (as) alunos (as) com altas habilidades ou superdotação. (BRASIL, 2014, grifo nosso).

Relevante indicador das condições de permanência está na oferta do AEE em SRM, cujas estratégias propostas pelo PNE são as que seguem:

4.3 **implantar**, ao longo deste PNE, **salas de recursos multifuncionais** e fomentar a formação continuada de professores e professoras para o atendimento educacional especializado nas escolas urbanas, do campo, indígenas e de comunidades quilombolas; (grifos nossos).

4.4 **garantir atendimento educacional especializado em salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados**, públicos ou conveniados, nas formas complementar e suplementar, a todos (as) alunos (as) com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, matriculados na rede pública de educação básica, conforme necessidade identificada por meio de avaliação, ouvidos a família e o aluno; (grifos nossos).

4.9 **fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola e ao atendimento educacional especializado**, bem como da permanência e do desenvolvimento escolar dos (as) alunos (as) [...] beneficiários (as) de programas de transferência de renda, juntamente com o combate às situações de discriminação, preconceito e violência, com vistas ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso educacional, [...]. (BRASIL, 2014, grifo nosso).

Dados do ano de 2015 informam que “14,3% das escolas do campo possuem salas de recursos multifuncionais para o AEE, enquanto o mesmo acontece em 30,2% das escolas urbanas”. (ANUÁRIO BRASILEIRO DA EDUCAÇÃO BÁSICA, 2017, p. 42). Sobre as condições de funcionamento dessas salas, resultados de estudos realizados por PLETSCH (2014, p.16), em redes de ensino da Baixada Fluminense, evidenciaram, entre outros, a não instalação do material distribuído pelo MEC nas SRM – muitas redes receberam os equipamentos tecnológicos (computadores, impressoras e outros) em 2009 e, em 2012, ainda não haviam sido instalados; b) falta de acessibilidade arquitetônica; c) salas de recursos multifuncionais superlotadas. As estratégias propostas pelo PNE, voltadas a essas salas, são relevantes para se avançar qualitativamente e quantitativamente em relação aos *lôcus* do AEE.

As estratégias abaixo são indicações relevantes, por parte do Governo Federal, de implementar avanços na área da Educação Especial, no campo da pesquisa disciplinar e interdisciplinar, o que computamos como altamente promissor para a implementação da produção do conhecimento na área, que demanda, entre outros, “a ampliação de pesquisas que avaliem os processos de ensino e aprendizagem de alunos com deficiência intelectual, as estratégias curriculares e os recursos cognitivos utilizados pelos mesmos para aprender e se desenvolver”. (PLETSCH, 2014, p. 19). As estratégias propostas pelo PNE seguem.

4.5 estimular a criação de centros multidisciplinares de apoio, pesquisa e assessoria, articulados com instituições acadêmicas e integrados por profissionais das áreas de saúde, assistência social, pedagogia e psicologia, para apoiar o trabalho dos(as) professores da educação básica com os (as) alunos (as) com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação;

4.10 fomentar pesquisas voltadas para o desenvolvimento de metodologias, materiais didáticos, equipamentos e recursos de tecnologia assistiva, com vistas à promoção do ensino e da aprendizagem, bem como das condições de acessibilidade dos (as) estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação;

4.11 promover o desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares para subsidiar a formulação de políticas públicas intersetoriais que atendam as especificidades educacionais de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação que requeiram medidas de atendimento especializado;

4.15 promover, por iniciativa do Ministério da Educação, nos órgãos de pesquisa, demografia e estatística competentes, a obtenção de informação detalhada sobre o perfil das pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação de zero a dezessete anos; (BRASIL, 2014, grifo nosso).

São propostas três estratégias de promoção de parcerias com instituições comunitárias, confessionais ou filantrópica, conveniadas com o poder público, visando:

[...] a ampliar as condições de apoio ao atendimento escolar integral das pessoas [...] matriculadas nas redes públicas de ensino (estratégia 4.17); [...] a ampliar a oferta de formação continuada e a produção de material didático acessível, assim como os serviços de acessibilidade necessários ao pleno acesso, participação e aprendizagem dos estudantes [...] matriculados na rede pública de ensino (estratégia 4.18); [...] favorecer a participação das famílias e da sociedade na construção do sistema educacional inclusivo [...] (estratégia 4.19). (BRASIL, 2014).

As demais estratégias contemplam: a educação de jovens e adultos com NEE (estratégia 4.12); a oferta da educação bilíngue e adoção do sistema braille de leitura para cegos e surdos-cegos (4.7); o financiamento, via Fundeb, do AEE (4.1); a ampliação das equipes de profissionais da educação – professores especializados e profissionais de apoio ou auxiliares (4.13); a definição de indicadores de qualidade e política de avaliação e supervisão para o funcionamento de instituições públicas e privadas (4.14).

Tem-se, assim, a partir da proposição da meta e de suas dezenove estratégias para a Educação Especial, importante instrumento de planejamento e execução de políticas públicas para a área, no decênio 2014-2024, no âmbito do governo federal (PNE), dos estados (PEE) e dos municípios brasileiros (PME).

Sem negar os avanços legais que expressam conquistas importantes de direitos sociais e educacionais, os desafios a enfrentar são imensos. Quarenta e cinco anos se passaram da institucionalização oficial da Educação Especial no Brasil, em 1973, e a atual escolarização oferecida pelo Estado a seu público-alvo, sustentada em uma política marcada por contradições e ambiguidades. Das políticas segregacionistas dos anos setenta, chegamos nos anos noventa, e aos dias atuais, com políticas de educação inclusiva que têm como mote valores, princípios e diretrizes fundamentados nos direitos humanos, reiterados por organismos internacionais, e incorporados e “alardeados” exaustivamente no conjunto da legislação educacional brasileira e em documentos orientadores da política nacional de Educação Especial inclusiva. Nesse longo percurso, o modelo segregacionista não foi superado, pois, conforme dados do Censo Escolar 2017, ainda há alunos da Educação Especial atendido por classes especiais e instituições especializadas, evidenciando disputas políticas na definição do *locus* da oferta da escolarização a essa população, especialmente as com deficiência mais grave ou múltipla deficiência, entre elas, as com TEA; sem considerar as crianças e jovens sem acesso a qualquer atendimento.

Houve, e ainda há, um descompasso entre os avanços legais e o cumprimento ou efetivação dessas conquistas, como evidenciado em conclusão de pesquisa realizada por Plestsch (2012) sobre a implementação do AEE em SRM, em nove redes de ensino da Baixada Fluminense/RJ, que segue:

a) Falta de estrutura física nas escolas para implementar as salas de recursos; b) Problemas com a instalação do material distribuído pelo Ministério da Educação: quatro das nove redes pesquisadas informara que receberam equipamentos tecnológicos (computadores, impressoras e outros, em 2009 e que, até 2011, não foram instalados; c) Falta de acessibilidade arquitetônica; d) Ausência ou precariedade de transporte adaptado; e) Salas de recursos multifuncionais superlotadas. Por exemplo, algumas atendem em 20 horas semanais em média 25 alunos. Dessa forma não conseguindo dar o necessário atendimento individualizado, previsto na Resolução 4 de 2009; f) Falta de clareza dos profissionais sobre como realizar o trabalho colaborativo entre o professor do AEE da sala de recursos multifuncionais com o professor da turma comum de ensino. Nesse caso, também ficou evidente que a maioria das redes não tem disponível na carga horária de seus professores espaços para reuniões de planejamento conjunto; g) Falta de profissionais especializados para atuar no AEE e de interpretes de Libras necessários para o trabalho com alunos surdos; h) Falta de formação continuada. [...] (PLETSCH, 2012, p.156).

Em outro estudo, Plestsch (2014) investigou a escolarização de pessoas com deficiência intelectual no Brasil no período de 1973-2013, a partir da análise de documentos federais e de dados de estudos etnográficos desenvolvidos, a partir de 2009, em diferentes municípios do

estado do Rio de Janeiro/Brasil, que foram cotejados com indicadores estatísticos e literatura especializada produzida em cada época. A pesquisadora problematiza, entre outros aspectos, prioritariamente três dimensões: (1) as disputas pelo *locus* de escolarização dessas pessoas travadas historicamente entre iniciativas de cunho filantrópico-privadas (majoritariamente segregacionistas) e escolas públicas – focadas crescentemente em princípios inclusionistas a partir dos anos 1990; (2) falta de diretrizes claras sobre as práticas curriculares a serem desenvolvidas pelos sistemas de ensino para garantir o desenvolvimento dos alunos, sobretudo daqueles considerados deficientes intelectuais graves; (3) problemas de suporte pedagógico, especialmente no AEE, conforme prevê a atual legislação federal. Os resultados indicam, em síntese, entre outros aspectos, as contradições historicamente construídas na arena das disputas políticas do país, revelando a fragilidade do sistema pública para oferecer condições de identificação e promoção de práticas educativas, com suporte pedagógico, quando necessário, para a aprendizagem e desenvolvimento da população da Educação Especial.

Kassar (2011) analisou os desafios da Educação Especial na atual política de educação inclusiva do Governo Federal, a partir de um estudo de caso em uma escola pública municipal localizada no interior do país, considerada como representativa de sucesso – município-polo do “Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade” que tem aderido integralmente às propostas do Governo Federal. Coloca que foi escolhido propositalmente um caso de “sucesso” frente à escola – aluno de 3º ano, cego, boa interação e bem acolhido pela turma, considerado bastante inteligente; recebe no contra turno apoio especializado em sala de recursos da própria escola. Sua professora de sala comum leciona há 15 anos, é graduada em Pedagogia e tem pós-graduação em educação inclusiva; participa, quando possível, de formações propostas pelo Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade, entre outras oferecidas pelo município. A professora especializada trabalha há 11 anos em sala de recurso e tem especialização em educação básica na perspectiva da educação inclusiva e formação específica na área da deficiência visual. Da análise da atuação cotidiana da professora do ensino regular junto ao aluno (diário de campo), conclui que mesmo quando estão cumpridas as exigências – salas reduzidas, acompanhamento em sala de recursos, adequação do espaço escolar, formação de professores, acolhimento da escola, etc. –, que são muitos os desafios da implantação de uma política nacional de educação inclusiva. Ressalta os impasses estabelecidos pelas escolhas do Governo Federal para a atual política educacional, entre eles a opção pela formação de educadores no sistema de multiplicadores e à distância, que são escolhas que pretendem

otimizar os recursos atingindo o maior número de pessoas possível, e a matrícula do aluno no ensino regular com serviço de apoio.

As preocupações econômicas foram determinantes para adoção de políticas em outros momentos da história da educação brasileira, como parecem estar presentes agora. No entanto, ressaltamos o fato de que, muitas vezes, essas escolhas são incompatíveis para o estabelecimento da garantia de direitos sociais. (KASSAR, 2011, p. 76).

A pesquisadora acrescenta que, segundo a Secretaria de Educação Especial, a política proposta tem alcançado seus objetivos.” Entretanto, faz-se necessário olhar dentro da escola e identificar diferentes desafios”. (KASSAR, 2011, p.73).

Matos & Mendes (2014) tecem considerações críticas à proposta de inclusão escolar no contexto nacional de implementação das políticas educacionais, a partir da revisão da literatura sobre o tema e de resultados de pesquisa sobre as demandas decorrentes da educação inclusiva. Para as autoras, a Educação e a Pedagogia não darão conta, sozinhas, dessa proposição, sendo necessário recorrer a outras áreas do conhecimento e atuação, como a Psicologia Escolar, que pode contribuir nesse processo. Afirmam que a presença do público-alvo da Educação Especial tem provocado, para parcela dos atores educacionais, sentimento de impotência diante das próprias limitações e das limitações sociais, de frustração e de aflição por não conseguir oferecer atendimento individualizado aos alunos com deficiência, cuja relação com os mesmos tem sido marcada por estereótipos, em uma escola configurada como espaço contraditório, com práticas de discriminação e de conscientização, distantes do que os documentos oficiais preconizam sobre a inclusão escolar. Concluem o estudo afirmando que para que a escola possa consolidar-se como espaço para o aprendizado e expressão do humano, são fundamentais mudanças na sua organização e nas práticas educativas, buscando, em outras áreas do conhecimento explicações para que possa dar conta do complexo e multifacetado fenômeno educativo. Afirmam que na implementação das políticas públicas baseadas na perspectiva da inclusão escolar tem-se consolidado a crença na necessidade de equipes multidisciplinares atuando junto às instituições de ensino, integrada, entre outros profissionais, por psicólogos para oferecer apoio especializado e formação, que possibilitem aos educadores refletir sobre suas ações e avançar em estratégias de ensino que focalizem as potencialidades dos alunos com deficiência, podendo contribuir para uma melhor compreensão do processo educativo. Esse profissional pode, defendem as pesquisadoras, construir espaço para o professor expressar suas angústias diante das dificuldades para se comunicar, se relacionar ou trabalhar com alunos alvo da Educação Especial, favorecendo sua preparação emocional para lidar com uma nova

realidade: ensinar com qualidade a esses estudantes, assim como colaborar com os processos de avaliação para identificação, caracterização e encaminhamento de alunos, podendo contribuir, ainda, para o aperfeiçoamento profissional contínuo dos educadores e realizar observações em sala de aula para identificação dos problemas ligados à aprendizagem, ao desenvolvimento, ao comportamento e às emoções, além de sugerir alternativas de solução. No âmbito dos sistemas estaduais e municipais, segundo Mendes (2008), políticas de reforma, norteadas pelos princípios da inclusão escolar estão sendo anunciadas, mas, em geral, observa-se a ausência de procedimentos de avaliação, o que compromete o processo de implementação das propostas.

A formação continuada do professor especializado e do professor do ensino regular configura-se como importante estratégia para o enfrentamento do enfraquecimento de suas práticas pedagógicas, sem espaços efetivos de trocas e de formação, em tempos de obrigatoriedade da matrícula do aluno com NEE. Nesse contexto, e dentre outros entraves, a educação inclusiva preconizada pela política educacional brasileira se torna cada vez mais distante e utópica nas escolas públicas do país. Impõe-se, dessa forma, às administrações estaduais e municipais, a efetivação de programas de formação continuada a todos os profissionais da educação, especialmente dos professores (VILARONGA; MENDES, 2014).

No encaminhamento do encerramento deste capítulo, cabe pontuar que os marcos legais da política nacional de Educação Especial inclusiva são extensivos aos alunos com TEA, como evidenciados na Lei nº 12.764/2012, que consolida um conjunto de direitos dessa pessoa, reconhecendo-a como “pessoa com deficiência”. Tal reconhecimento, “produz incidências em diversos campos, como na esfera assistencial, político/gestora, científico/acadêmica, educacional/pedagógica, bem como no campo dos direitos básicos”. (OLIVEIRA et al., 2017, p. 710).

3.1. POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TEA

Atendendo aos princípios da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD/ONU, 2006), a Lei nº 12.764/2012 – “institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA” – demarca uma diferenciação positiva desse grupo no campo dos direitos.

Para os ativistas, a Lei representou um marco histórico na luta pelos direitos dos autistas, de maneira que tal inclusão no campo das deficiências viabiliza politicamente o acesso a direitos previstos na legislação já existente para pessoas com deficiência no país como benefícios financeiros, garantia à educação em escolas regulares e de ingresso no mercado de trabalho, entre outros. Além disso, consideram que esse veículo jurídico representa a condição de acesso a atendimento em serviços de saúde especializados, em oposição aos ofertados pela rede de saúde mental (NUNES, 2014 apud OLIVEIRA et al., 2017, p. 711).

A Lei dispõe, no § 1º do Art. 1º, que a “pessoa com transtorno do espectro autista é aquela portadora de síndrome clínica”, assim caracterizada:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos. (BRASIL, 2012).

Destacamos, dentre os direitos da pessoa com TEA, preconizados no Art. 3º da Lei:

[...]

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo: a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo; b) o atendimento multiprofissional; [...];

IV- o acesso: a) à educação e ao ensino profissionalizante; [...] c) ao mercado de trabalho; [...]. (BRASIL, 2012).

[...]

A implementação dos direitos ao ensino profissionalizante e ao mercado de trabalho de pessoas com TEA articula-se aos princípios da política de inclusão escolar, concebidas (educação e trabalho) como um contínuo de políticas públicas de atendimento, que devem assegurar o acesso à educação em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, promovendo condições para a inserção educacional, profissional e social da pessoa com TEA, assegurando, assim, seu direito à participação em processos de aprendizagem.

A consecução dos objetivos dessa política sustenta-se em diretrizes anunciadas no Art. 2º da Lei nº 12.764/2012, que reiteram as diretrizes previstas para as pessoas com deficiência, contempladas neste capítulo, quais sejam:

I - a intersectorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

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

[...]

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

[...]

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis; (BRASIL, 2012).

Tais diretrizes, segundo a Nota Técnica nº 24/2013, que orienta os sistemas de ensino para a implementação da Lei nº 12.764/2012, coadunam-se com os objetivos da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), a saber: (a) garantia da transversalidade da Educação Especial desde a educação infantil até a educação superior; (b) oferta do AEE; (c) garantia da continuidade da escolarização nos níveis mais elevados de ensino; (d) formação de professores para o AEE e demais profissionais da educação para a inclusão escolar do aluno com TEA, a fim de possibilitar a construção de conhecimentos para práticas educacionais que propiciem o desenvolvimento sócio-cognitivo dos estudantes com TEA, devendo, a formação inicial e continuada do professor, subsidiá-los na superação do foco de trabalho nas estereotipias e reações negativas do estudante no contexto escolar, para possibilitar a construção de processos de significação da experiência escolar; (e) mediação pedagógica nos processos de aquisição de competências, por meio da antecipação da organização das atividades de recreação, alimentação e outras, inerentes ao cotidiano escolar; (f) organização de todas as atividades escolares de forma compartilhada com os demais estudantes, evitando o estabelecimento de rituais inadequados, como horário reduzido, alimentação em horário diferenciado, aula em espaço separado; (g) reconhecimento da escola como um espaço de aprendizagem que proporciona a conquista da autonomia e estimula o desenvolvimento das relações sociais e de novas competências, mediante situações desafiadoras; (h) adoção de parâmetros individualizados e flexíveis de avaliação pedagógicas;

(i) interlocução permanente com a família, favorecendo a compreensão dos avanços e desafios enfrentados no processo de escolarização da criança com TEA; (j) intervenção pedagógica para o desenvolvimento das relações sociais e do estímulo à comunicação, oportunizando novas experiências ambientais, sensoriais, cognitivas, afetivas e emocionais; (l) identificação das competências de comunicação e linguagem desenvolvidas pelo estudante, vislumbrando estratégias visuais de comunicação, no âmbito da educação escolar, que favoreçam seu uso funcional no cotidiano escolar e demais ambientes sociais; (m) interlocução com a área clínica quando o estudante estiver submetido a tratamentos terapêuticos e se fizer necessário a troca de informações sobre seu desenvolvimento; (n) flexibilização das intervenções, mediante as diferenças de desenvolvimento emocional, social e intelectual dos estudantes com TEA; (o) acompanhamento das respostas do estudante frente ao fazer pedagógico da escola, para a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, tarefas e as relações interpessoais, ao longo da escolarização; (p) aquisição de conhecimentos teórico-metodológicos da área da tecnologia assistiva, voltada à Comunicação Alternativa Aumentativa (CAA) para alunos com TEA; (q) planejamento e organização do AEE considerando as características individuais de cada estudante que apresenta TEA, com a elaboração do plano de atendimento objetivando a eliminação de barreiras que dificultam ou impedem a interação social e a comunicação; (r) participação da família e da comunidade na formulação, implantação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas; (s) acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários, equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; (t) articulação intersetorial na implementação das políticas públicas, configurada como fundamental para a consecução da inclusão escolar, devendo ocorrer em interface entre as diferentes áreas de formulação e na implementação das ações de educação, saúde, assistência, direitos humanos, transportes, trabalho, entre outras, a serem disponibilizadas às pessoas com TEA.(BRASIL, 2013).

São objetivos e diretrizes que uma vez compreendidos pela escola e pelos profissionais da educação indicam o encaminhamento das ações a serem previstas no PPP da escola, assim como o planejamento do ensino e das intervenções especializadas – sala de SRM.

Conforme Art. 7º da Lei 12.764/2012, a recusa da matrícula do aluno com TEA, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punida com multa de três a vinte salários-mínimos para o gestor, ou autoridade competente, com possibilidade de perda do cargo, em caso de

reincidência, assegurando, ainda, ao aluno com TEA, no parágrafo único do Art. 3º, o direito à acompanhante, desde que comprovada sua necessidade.

A Nota Técnica nº 24/2013 assevera, ainda, que o serviço do profissional de apoio/acompanhante visa a acessibilidade às comunicações e a atenção aos cuidados pessoais de alimentação, higiene e locomoção do aluno, destacando que esse apoio:

- Destina-se aos estudantes que não realizam as atividades de alimentação, higiene, comunicação ou locomoção com autonomia e independência, possibilitando seu desenvolvimento pessoal e social;
- Justifica-se quando a necessidade específica do estudante não for atendida no contexto geral dos cuidados disponibilizados aos demais estudantes;
- Não é substitutivo à escolarização ou ao AEE, mas articula-se às atividades da aula comum, da SRM e demais atividades escolares;
- Deve ser periodicamente avaliado pela escola, juntamente com a família, quanto a sua efetividade e necessidade de continuidade. (BRASIL, 2013).

Subentende-se pela caracterização acima – “Destina-se aos estudantes que não realizam as atividades de alimentação, higiene, comunicação ou locomoção com autonomia e independência” –, que são as crianças com quadros mais graves de TEA que terão direito ao apoio do acompanhante, cabendo interrogar, nesses casos, se a escola regular é o *lócus* mais adequado para o seu atendimento, mesmo considerando a atuação conjunta do professor especializado e do capacitado. Aponta-se, na caracterização, que o apoio do acompanhante “Justifica-se quando a necessidade específica do estudante não for atendida no contexto geral dos cuidados disponibilizados aos demais estudantes”. Compreende-se, nesses casos, que há especificidades no perfil de desenvolvimento e de aprendizagem dessa criança, que não se resumem ao “contexto geral de cuidados”, cabendo indagar: quais são suas outras necessidades específicas? Como a escola regular tem se organizado para atender as singularidades dessa criança? Quais têm sido as propostas de ensino planejadas pelo professor do ensino regular e as intervenções do professor especialista para atender às demandas do processo de desenvolvimento e aprendizagem dessa criança? Questões que são retomadas no capítulo seguinte, e que cabem, também, para outras crianças com quadros mais grave de deficiência, em especial, a deficiência intelectual. Embora a legislação determine que todas as crianças devem ter acesso à escola comum, incluindo os alunos com TEA, a questão permanece

controversa, principalmente quanto às possibilidades da escola regular de oferecer respostas às demandas do processo de desenvolvimento e aprendizagem de crianças com quadros mais graves. (NUNES; AZEVEDO; SCHMIDT, 2013).

Compreendemos que a educação é um direito universal indiscutível, mas também entendemos que, em casos específicos, é necessário discutir propostas pedagógicas e de desenvolvimento humano para além do debate em torno do espaço de escolarização. Nossas pesquisas mostram que, no caso de alunos com deficiência intelectual severa e múltipla, as demandas extrapolam possíveis intervenções escolares realizadas no âmbito da sala de aula [e do AEE]. Muitos desses sujeitos precisam de intervenções e suportes intensos em diferentes dimensões da vida, até mesmo para desenvolver formas alternativas de comunicação e expressão (PLETSCH, 2014, p. 18).

Defesas unilaterais, continua a pesquisadora, que universalizam apenas uma possibilidade de educação para essas pessoas, acabam por excluir parte dos alunos do direito ao acesso a intervenções diferenciadas daquelas oferecidas pelas atuais políticas públicas; intervenções essas mais capazes de impulsionar o processo de desenvolvimento desses alunos por meio da aprendizagem. O conhecimento de experiências internacionais e pesquisas longitudinais sobre os impactos na vida dessas pessoas das políticas brasileiras de educação inclusiva podem contribuir para mudar o cenário atual de exclusão do acesso à aprendizagem, especialmente dos casos considerados mais severos, entre eles, crianças com TEA. A autora reconhece os avanços educacionais que a proposta de educação inclusiva tem possibilitado a muitas pessoas com deficiência.

Todavia, a partir do acúmulo de estudos e pesquisas já disponíveis no país, podemos afirmar que uma única proposta política não atende efetivamente a todos. Ademais, o debate deveria envolver não somente a disputa entre este ou aquele espaço de escolarização, mas também as condições, os recursos e estratégias que possibilitem de fato o acesso ao processo de ensino e aprendizagem dos sujeitos. (PLETSCH, 2014, p. 18).

A posição da pesquisadora vai de encontro ao proposto por Ángel Rivière, psicólogo e cientista cognitivista espanhol, especialista em criança com TEA, para quem a escolarização desse aluno requer dos sistemas de ensino a observação de dois critérios: diversidade e personalização, pois sistemas homogêneos e modelos pouco individualizados do processo de ensino-aprendizagem não são capazes de atender às necessidades educacionais especiais desses alunos, cuja heterogeneidade dos quadros deve ter nos resultados da avaliação específica de cada caso o ponto de partida para a indicação da solução educativa mais adequadas à cada

criança, decisão que deve levar em conta fatores relacionados tanto à criança quanto à escola. (RIVIÈRE, 2004, p. 248).

Os fatores relacionados à criança referem-se a aspectos do desenvolvimento e funcionamento da mesma, por ele arrolados: a) capacidade intelectual – criança com QI superior a 70 deve ser integrada no ensino regular, embora não deva excluir a possibilidade de se integrar a criança na faixa de QI 55-70; b) nível comunicativo e linguístico – as capacidades declarativas e linguagem expressiva da criança são critérios importantes para o êxito da integração; c) alterações de conduta – presença de autoagressões graves, agressões e ataques de cólera incontroláveis podem não favorecer a integração; d) grau de flexibilidade cognitiva e comportamental – pode exigir adaptações e ajudas terapêuticas nos casos integrados; e) nível de desenvolvimento social – critério importante na tomada de decisão, pois, a depender do nível apresentado pela criança, suas reais oportunidades de aprendizagem dependerão de interações um a um com adultos especialistas. (RIVIÈRE, 2004, p.249).

Diferentemente do caminho único determinado pela legislação brasileira, o autor defende que por razões puramente ideológicas nenhuma das soluções indicadas deve ser excluída *a priori*, assim como a opção educativa em determinado momento deve ser entendida como definitiva. Indica três diferentes alternativas do tipo de escola para a criança com TEA: a) escola regular, sempre que possível; b) classe especial em escola regular; c) escola especial específica ou não para criança com TEA. Quanto à organização e funcionamento da escola, coloca que: são preferíveis as de porte pequeno e com poucos alunos, por não exigir interações de grande complexidade social, devendo-se evitar escolas excessivamente ruidosas e despersonalizadas; os estilos didáticos devem ser diretivos, com jornada escolar previsível; professores efetivamente comprometidos no atendimento à criança com TEA; oferta de recursos complementares, especialmente psicopedagogo e fonoaudiólogo ou terapeuta da fala e da linguagem; as aprendizagens e relações da criança com TEA devem ser apoiadas por pistas fornecidas pelos demais alunos, o que implica no envolvimento do coletivo da sala de aula e da escola. (RIVIÈRE, 2004, p.249).

Os êxitos acadêmicos em escolas integradas/inclusivas, e não apenas metas “que se relacionem com crianças normais” – argumento muito utilizado por defensores radicais da educação inclusiva –, especialmente para crianças com nível intelectual relativamente alto, são importantes para o seu desenvolvimento por proporcionarem “um desaguadouro para compensar suas limitações sociais e inclusive para reduzi-las parcialmente pela via indireta dos

êxitos educativos”. O psicólogo atribui ao professor de crianças pequenas papel decisivo, pois os laços afetivos com a criança exercem significativa influência no seu desenvolvimento – é o professor dessa criança “quem começa a abrir a porta do mundo fechado do autista por meio de uma relação intersubjetiva, da qual resultam intuições educativas de grande valor para o desenvolvimento da criança”. (RIVIÈRE, 2004, p.250).

Defende como necessários, independentemente do tipo de escola frequentado pela criança, apoio externo e orientação por especialistas, demandados especialmente pelos professores, mas também pela escola. Assevera o autor que quando não se conta com apoio são comuns, por parte dos professores, sentimento de frustração, ansiedade e impotência. Assim como é imprescindível a colaboração entre família e escola, pois o envolvimento da família é configurado como um dos fatores mais relevantes no êxito das intervenções junto à criança com TEA.

Conforme Serra (2004), os entraves aos avanços da Educação Especial inclusiva, especialmente no atendimento ao aluno com TEA, está na dificuldade de gestores e educadores de aceitação e compreensão dos fenômenos comportamentais manifestos por esse aluno, assim como na ausência de infraestrutura material e qualificação profissional dos professores do ensino regular e do atendimento educacional especializado. A autora ressalta a necessidade de reflexões críticas sobre a finalidade e o sentido da educação, que, em se tratando da inclusão escolar da criança com TEA, afirma que tem caminhado a passos lentos, pois, historicamente, esse alunado foi marcado pelo processo de exclusão educacional.

Se em tempos de educação inclusiva, o processo de exclusão educacional referido pela autora acima citada, é significado como não acesso à escola regular, defendemos que se incorpore nas reflexões críticas por ela sugeridas as contribuições de Rivière que, para além de um posicionamento ideológico incontestado da inclusão de “todos” no sistema regular de ensino, com o suporte do AEE e do acompanhante, toma as demandas singulares dos processos de desenvolvimento e aprendizagem da criança com TEA como elementos decisórios do *locus* escolar mais indicado para sua escolarização. Se há um “embate” político, portanto, ideológico, mas também epistemológico, no interior do SUS, como analisado por Oliveira et al. (2017), por nós abordado anteriormente, cabe, no campo da política de Educação Especial, evidenciar com maior contundência resultados de pesquisas que têm trazido à tona, ou tangenciado, possíveis embates.

Discussões e análises sobre as produções teóricas acerca da inclusão escolar apontam para a **defesa de uma proposta que considere a capacidade de aprendizagem desses estudantes, seu singular processo de desenvolvimento e a possibilidade de oferecer, a estes sujeitos, diferentes modos de compensação e diversos instrumentos adaptativos que venham a contribuir com a superação de suas dificuldades.** (MATOS; MENDES, 2014, p. 41, grifo nosso).

Retomando a Lei nº 12.764/2012, há de se reconhecer que a mesma representa importante conquista de garantia de direitos da pessoa com TEA, remetendo ao campo dos direitos humanos, assim como todo aparato legal produzido especialmente a partir da segunda metade da década de 1990 – no Brasil, tempos de Educação Especial inclusiva. Mas, há de se considerar que a legalidade de um direito não é suficiente para a sua efetivação ou, nos termos de Plestsch (2014), “a lei não se auto aplica”.

No capítulo que segue, de forma mais direta, nos aproximamos da instituição escolar – “olhar dentro da escola”, nos termos de Kassir (2011, p. 73), a fim de situar no cotidiano da escola pública inclusiva como tem ocorrido a escolarização do aluno com TEA, procurando evidenciar seus principais desafios, assim como seus encontros e desencontros com o aparato legal sobre a Educação Especial inclusiva.

4. ESCOLARIZAÇÃO DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Para o desenvolvimento deste capítulo, recorreremos, inicialmente, a resultados de pesquisas que tratam da escolarização da criança com TEA, com foco nos processos de ensino e aprendizagem, programas e métodos de ensino, currículo, atuação do professor do ensino regular e do professor especialista, trazendo, ainda, resultados de investigações que mapearam a escolarização vivenciada por alunos com TEA em redes municipais de ensino.

A ação de escolarizar implica em processos ativos de ensino promotores de aprendizagens e desenvolvimento da criança. Em se tratando de crianças com TEA, dadas as especificidades do perfil de desenvolvimento e aprendizagem decorrentes do transtorno, seu processo de escolarização requer, principalmente, procedimentos de ensino diferenciados, que “devem cumprir uma série de condições, e pequenos desvios em relação ao marco adequado de aprendizagem, no caso das crianças com TGD, podem ter consequências muito sérias em seu desenvolvimento” (RIVIÈRE, 2004, p. 251), para quem os métodos educativos com crianças com TEA devem ter os seguintes componentes essenciais:

1. Ser **estruturados** e baseados nos conhecimentos desenvolvidos pelas modificações de conduta.
2. Ser **evolutivos e adaptados** às características pessoais dos alunos.
3. Ser **funcionais** e com uma definição explícita de sistemas para a generalização.
4. Envolver a **família e a comunidade**.
5. Ser **intensivos e precoces**. (POWERS, 1992 apud RIVIÈRE, 2004, p. 251, grifo nosso).

Para crianças com graves quadros de TEA, o psicólogo espanhol defende processos de aprendizagem sem erro, justificando que estes são mais eficazes comparativamente à aprendizagem por tentativa e erro, dado que esta diminui a motivação e aumenta as alterações de conduta da criança. Como normas para a aprendizagem sem erro, assinala:

1. Assegurar a **motivação**.
2. Apresentar as **tarefas** somente quando a criança atende, e **de forma clara**.
3. Apresentar **tarefas** cujos requisitos já foram adquiridos antes e **que se adaptam bem ao nível evolutivo e às capacidades da criança**.
4. Empregar **procedimentos de ajuda**.
5. Proporcionar **reforçadores** contingentes, **imediatos e potentes**. (RIVIÈRE, 2004, p. 252, grifo nosso).

Propõe modelos concretos de ensino para o professor fazer frente à falta de motivação da criança, decorrente da dificuldade da mesma de “dar sentido” à própria atividade – mostrar como deve ser o resultado final da atividade de aprendizagem, ajudar a criança a compreender o sentido do que lhes é solicitado –, e outras estratégias metodológicas, como reforço de aproximação do objeto educativo desejado pela criança, escolha por parte da criança dos materiais educativos; uso de tarefas e materiais variados, emprego de reforços naturais, mistura de atividades já dominadas com outras em processo de aquisição.

Considerando ser a hiperseletividade uma característica da criança – tendência em basear-se em aspectos limitados, e frequentemente não relevantes dos estímulos –, que se configura como importante dificuldade para a aprendizagem da criança com TEA, propõe dois tipos de estratégias de ensino: exagerar os aspectos relevantes do estímulo, por exemplo: para ensinar a distinção entre grande e pequeno, apresentar um objeto muito grande e outro muito pequeno; ou ensinar a criança a responder diretamente a questões múltiplas. Para reduzir a dependência da criança do adulto, indica procedimentos de auto regulação pelo próprio aluno, estimulando suas iniciativas positivas e autocontrole de condutas menos adaptativas, em particular para o aluno com capacidades simbólicas de linguagem.

Como regra geral, os ambientes devem ser estruturados, previsíveis, com contextos diretivos de aprendizagem – “quanto mais grave é o autismo ou mais sério o atraso de que é acompanhado” –, embora ressalte que alto nível de estrutura pode aumentar as dificuldades de generalização (RIVIÈRE, 2004, p. 252). No caso de autismo e TGD, deve-se programar a aquisição de novas habilidades, como também sua generalização funcional aos contextos adequados.

Nos últimos anos, desenvolveu-se o uso de “agendas” nos contextos de aprendizagem das crianças autistas. Trata-se de procedimentos que implicam o registro (gráfico ou escrito) de sequências diárias de atividades e, frequentemente, o resumo simples de acontecimentos relevantes do dia. Facilitam a previsão e a compreensão das situações, inclusive para autistas de nível cognitivo relativamente baixo, com os quais se devem usar vinhetas visuais como chaves de organização do tempo. As agendas têm efeitos positivos na tranquilidade e bem-estar das crianças autistas, favorecem sua motivação para a aprendizagem e contribuem para dar ordem ao seu mundo. (RIVIÈRE, 2004, p.253).

Afirma ser importante que esse mundo seja o menos restritivo possível, pois pesquisas sobre os efeitos da inclusão no desenvolvimento de crianças com TEA apresentam dados promissores.

[...] as crianças integradas estabelecem relações que lhes oferecem oportunidades de adquirir habilidades sociais e comunicativas, estão constantemente expostas a

modelos de iguais que lhes proporcionam caminhos para aprender, generalizam com mais facilidade suas aquisições educacionais e aumentam suas probabilidades de um maior ajustamento social a longo prazo. (KOEGL; KOEGL, 1995 apud RIVIÈRE, 2004, p. 253).

Soluções de segregação escolar são justificáveis apenas se suas vantagens forem superiores ao da inclusão, o que tende a ocorrer com crianças com quadros bastante graves – níveis intelectuais muito baixos, condutas dificilmente controladas ou perfis hiperativos de difícil regulação. Nesses casos, são demandadas das escolas especializadas o cumprimento das seguintes condições:

1. Um **colegiado composto de especialistas em autismo** e TGD, com altos níveis de destrezas na educação e tratamento de tais crianças.
2. **Pequeno número de alunos** por professor (normalmente, **de 3 a 5**).
3. **Especialistas em audição e linguagem**, eventualmente em psicomotricidade ou fisioterapia, e **pessoal complementar de apoio**. (RIVIÈRE, 2004, p. 253, grifo nosso).

O autor demarca, porém, que as escolas regulares também requerem recursos humanos especializados, e em número suficiente, para o atendimento da criança. “Além disso, também é imprescindível uma tarefa de apoio e estruturação, de coordenação dos sistemas de ajuda e educação por parte de um assessor, se possível especializado nessa área”. (RIVIÈRE, 2004, p.253-254).

Quanto aos procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da comunicação e da linguagem da criança, o autor afirma que devem ser pragmáticos e funcionais, utilizando-se de códigos alternativos à linguagem verbal, em especial sinais manuais, com o uso de estratégias de generalização aos contextos naturais de vida da criança.

Tais orientações, assim como as demais características metodológicas acima assinaladas, são reiteradas nos métodos educativos abaixo apresentados, de forma breve.

Os programas que seguem, conforme Serra (2010), são os mais utilizados na educação de alunos com TEA, e são norteadores da tentativa de inclusão desse aluno, cabendo investigar, afirma a pesquisadora, a viabilidade da aplicação dos mesmos na rede escolar pública.

TEACCH – Treatment and Education Autistic and Related Communication Handicapped Children (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relacionados com a Comunicação)

Sua origem remete ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Carolina do Norte (USA), mais especificamente ao psicólogo Eric Schopler, que nos anos de 1960

desenvolveu projeto de investigação que objetivava ensinar aos pais técnicas comportamentais e métodos de educação especial que atendessem às necessidades de seus filhos com TEA. No ano de 1971, o mesmo pesquisador construiu o instrumento de avaliação denominado *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) para avaliar crianças com TEA. (FORTUNATO, 2015). O TEACCH configura-se como um programa educacional e clínico, que tem por objetivo capacitar indivíduos com TEA para a máxima independência possível ao longo da vida (desempenhos e capacidades adaptativas), incluindo a ajuda para compreender o mundo, adquirir habilidades de comunicação para favorecer a interação com as pessoas: “[...], nos Estados Unidos, tem recebido reconhecimento nacional e internacional, e é visto por profissionais da área como um programa de excelência pelos seus resultados”. (MARQUES; MELLO, 2002 apud SERRA, 2010, p.166).

O início do programa deve ser antecedido por avaliação da criança por meio da Escala CARS utilizando-se também o PEP – R (Psychoeducational Profile). A CARS é composta por 15 itens comportamentais a serem observados na criança e mensurados através de uma escala da pontuação atingida, que classifica o TEA em leve, moderado e severo. Os itens analisados na Escala são: relação com as pessoas (1); imitação (2); reação emocional (3); uso do corpo (4); uso dos objetos (5); adaptação a mudanças (6); reação visual (7); reações auditivas (8); discriminação tátil ou gustativa (9); reações nervosas (10); comunicação verbal (11); comunicação não-verbal (12); nível de atividade (13); nível de consistência da resposta intelectual (14); impressões gerais (15). O PEP – R, por sua vez, volta-se à avaliação habilidades psicoeducacionais da criança: imitação; comportamento motor amplo; comportamento motor fino; coordenação mão/olho; performance cognitiva; percepção; percepção cognitiva verbal; comportamento de autocuidado.

Concluída a avaliação, tem-se conhecimento do que se destaca com maior urgência para as intervenções junto à criança, devendo, na definição das estratégias de intervenção educacional e de tratamento, ater-se aos comportamentos/aquisições que sejam funcionais para a criança. Porém, “o TEACCH não faz uma intervenção direta nos comportamentos inadequados, mas procura compreender suas causas. As modificações de conduta só são feitas quando há situações de risco” (SERRA, 2010, p.167).

O ensino estruturado é configurado como um dos aspectos pedagógicos mais importantes do método.

O ensino estruturado tem como base a estruturação externa do espaço, tempo, materiais e atividades, promovendo assim uma organização interna que permite à

criança uma facilidade na sua aprendizagem e na autonomia, diminuindo a probabilidade de existirem problemas de comportamento. Assim, é possível: a) fornecer uma informação clara e objetiva das rotinas; b) manter um ambiente calmo e previsível; c) atender a sensibilidade do aluno aos estímulos sensoriais; d) propor tarefas diárias que o aluno é capaz de realizar; e) promover autonomia (FORTUNATO, 2015, p.18).

Quanto à sala de aula, que ocupa espaço importante no método, os seguintes elementos devem ser garantidos: a programação oferecida aos alunos; a estruturação das rotinas diárias; sistemas individualizados de trabalho; uso de apoio visual para a realização independente das atividades. Orienta-se que a sala de aula seja organizada em quatro áreas: aprendizado – recepção das instruções; trabalho independente; descanso ou lazer; rotina diária.

A metodologia TEACCH, segundo Lima (2012 apud FORTUNATO, 2015, p. 18), apresenta vantagens importantes, quais sejam:

a) respeitar e adequar-se às características de cada criança; b) centrar-se nas áreas fortes encontradas no autismo; c) adaptar-se à funcionalidade e necessidades de cada criança; d) envolver a família e todos os que intervêm no processo educativo; e) diminuir as dificuldades ao nível da linguagem receptiva; f) diminuir os problemas de comportamento; g) aumentar as possibilidades de comunicação e h) permitir diversidade de contextos.

PECS – The Picture Exchange Communications System (Sistema de Comunicação por Intercâmbio de Figuras)

Trata-se de um sistema de comunicação alternativa (CA) desenvolvido em 1994 no *Delaware Autistic Program*, inicialmente utilizado com crianças com TEA com severo déficit na comunicação oral. É um programa de troca de figuras/fotografias selecionadas de acordo com o repertório lexical do indivíduo, aplicado em cinco fases, cada uma delas com objetivos específicos, como arranjo ambiental, instruções e procedimentos de treinamento, podendo ser aplicado de forma individual ou em pequenos grupos, e em vários lugares, como em casa, sala de aula ou comunidade, cuja principal vantagem está no baixo custo, não requerendo material complexo e nem técnicas sofisticadas, podendo ser utilizado com facilidade por familiares e equipe técnica. É bastante usado nos EUA, Peru, Inglaterra e Espanha. (ALMEIDA; PIZA; LACÔMICA, 2005).

Consiste no intercâmbio de figuras como uma forma interativa de transmitir uma mensagem a alguém e sistematizar o pedido de itens interessantes, em ambientes muito estruturados, motivando a criança a iniciar um ato comunicativo, que deve ser ensinado no intuito de obter o item desejado (BONDY; FROST, 1994 apud WALTER, 2017, p. 137-138).

O sistema foi adaptado e padronizado no Brasil por Cátia C. de Figueiredo Walter, utilizando a metodologia do Currículo Funcional Natural como base para sua aplicação, priorizando situações interativas prazerosas. No Brasil, desde 1997, tem sido utilizado pelo Centro Ann Sullivan, por APAEs, centros especializados de ensino, ensino regular e clínicas fonoaudiológicas.

Seus efeitos revelam mudanças significativas na intenção comunicativa e nas ações motoras intencionais, diminuindo os comportamentos inadequados, favorecendo o processo de aquisição da fala funcional compreensão adequados dos atos comunicativos, com possível reflexo favorável no desempenho acadêmico, auxiliando no processo de inclusão, não somente no ambiente escolar, como também na família e na comunidade. (WALTER, 2017, p. 138).

Segundo resultados de investigação realizada pela autora acima citada, a combinação do PECS-Adaptado com o Currículo Funcional Natural (CFN) configura-se como ferramenta valiosa a educadores e profissionais especializados, em prol do processo de inclusão escolar do aluno com TEA, por possibilitar a organização de um programa flexível centrado nas NEE do aluno.

Currículo Funcional Natural (CFN)

O CFN surgiu no início da década de setenta, na Universidade de Kansas (USA), com pesquisadores que propuseram um currículo para ser utilizado com crianças com desenvolvimento típico na faixa etária de quatro e cinco anos, desenvolvendo habilidades que levassem as crianças a atuar com independência e de forma criativa no seu ambiente, aumentando suas respostas adaptativas. Na década seguinte, por uma parceria entre Judith LeBlanc da referida Universidade e Liliana Mayo do Centro Ann Sullivan do Peru (Lima), o CFN foi levado para o Centro e sua equipe o adaptou para ser trabalhado com pessoas com NEEs. (SUPLINO, 2005). Atualmente, é utilizado principalmente com pessoas com deficiência intelectual e autismo, afirma a autora.

O seu foco é o que é natural para o aluno, com programação individualizada e a partir do repertório de comportamentos que o aluno já possui, com intervenções individuais ou em pequeno grupo, que contemplem: (a) as necessidades atuais e futura do aluno, de acordo com as demandas do seu meio; (b) habilidades que o aluno precisa apreender logo, de acordo com análise do que ele já aprendeu; (c) habilidades e incapacidades identificadas nos meios educacionais.

São princípios norteadores do programa do CFN: ter como centro a pessoa com necessidades educacionais especiais; concentrar-se nas habilidades e possibilidades da pessoa;

todos podem aprender, cabendo ao professor selecionar a melhor forma de ensinar; a participação da família no processo de aprendizagem da criança, contribuindo para que a criança possa generalizar nos ambientes as habilidades apreendidas. O ensino, por sua vez, deve respeitar o ritmo e o tempo de aprendizagem do aluno, com o menor número de erros possível. (SUPLINO, 2005), que assim explica a denominação do currículo.

FUNCIONAL – no sentido de que as habilidades (objetivos) que serão ensinados tenham função para a vida, que possam ser utilizadas de imediato ou num futuro próximo. O aluno poderá utilizar as atividades aprendidas em sua própria vida ou para contribuir em sua família ou comunidade. Assim, não deveria ensinar, despendendo energia do aluno para aprender coisas que não têm significado para a sua vida. (SUPLINO, 2005, p. 34)

[...]

NATURAL – está relacionado ao ato de ensinar. Às situações de ensino, materiais selecionados e procedimentos utilizados, bem como à lógica na execução das atividades. [...] também diz respeito à idade. Deveríamos buscar trabalhar com adultos utilizando materiais e situações destinados a adultos, e com crianças, materiais próprias para crianças. Assim não apresentáramos aos adultos jogos infantil, nem os colocaríamos em situações onde devam portar-se como crianças. (SUPLINO, 2005, p. 36).

Determinar quais são as habilidades funcionais da criança implica considerar as demandas do meio, pois o que é funcional em uma comunidade pode não ser em outra, sendo esse critério importante para a pessoa obter êxito e aceitabilidade em seu meio. “Habilidades funcionais seriam, portanto, todas as habilidades necessárias para viver a vida de uma forma exitosa. Incluem-se neste conjunto desde as habilidades mais básicas até as acadêmicas, como ler e escrever”. (SUPLINO, 2005, p. 35). Prioriza, como já colocado, o ensino e a generalização de comportamentos aprendidos em ambientes naturais, com a participação da família, que deve ser orientada a desenvolver as habilidades mais necessárias para um cotidiano autônomo da criança e funcionamento mais compatível com sua idade; uso de materiais adequados; constante variação de ambientes e materiais, para favorecer a generalização dos conceitos. (MAYO; LEBANC; OYAMA, 2008 apud WALTER, 2017, p. 135).

ABA – Applied Behavior Analysis (Análise do Comportamento Aplicada)

Amplamente conhecida como método de intervenção para pessoas com TEA, tem por objetivo reforçar ou implantar comportamentos adequados à convivência social e eliminar os indesejáveis; pode ser aplicada a crianças e adultos com ou sem necessidades especiais em clínicas, escolas, hospitais, em casa, no ambiente de trabalho ou na comunidade, requerendo treinamento apropriado para ser utilizada – sua base conceitual, por exemplo, conceito de

condicionamento operante e respondente, reforço positivo e negativo (princípios mais utilizados para efetivar a aprendizagem), generalização da aprendizagem e modelagem do comportamento.

Para aplicação da ABA, é necessário que o ambiente seja muito similar ao ambiente natural da criança, pois é o que favorecerá a generalização da aprendizagem; alguns princípios do método devem ser seguidos rigorosamente para o seu sucesso – aplicação contínua e intensa, já que a rotina é muito importante para as crianças com TEA; os horários precisam ser constantes; o envolvimento dos aplicadores deve ser evidente e os objetivos que se quer alcançar devem ser muito bem definidos.

Intervenções baseadas na ABA envolvem a identificação de comportamentos e habilidades que precisam ser melhorados, seguido por métodos sistemáticos de selecionar e definir objetivos para, explicitamente, delinear uma intervenção envolvendo estratégias comportamentais efetivas, com coleta de dados antes, durante e depois da intervenção para analisar o progresso da criança e auxiliar na tomada de decisões em relação ao programa de intervenção e às estratégias capazes de promover a aquisição de habilidades especificamente necessárias para cada criança, portanto, sua abordagem é individualizada.

No Brasil, ABA está gradualmente ganhando espaço enquanto um método de intervenção para o autismo, mas somente poucos profissionais possuem treinamento apropriado na área. Os avanços da ABA, enquanto uma ciência aplicada, têm sido restritos no Brasil devido a uma maior ênfase em investigações e treinamento em pesquisa básica dos princípios do comportamento e pouco investimento em pesquisa e treinamento sobre a aplicação destes princípios para promover comportamentos socialmente importantes (TODOROV, HANNA, 2010). [...]. Dessa forma, enquanto o campo gradativamente progride, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil, ABA cumprirá o seu papel de melhorar a qualidade de vida das pessoas, especialmente daquelas com transtorno do espectro autismo. (CAMARGO; RISPOLI, 2013, p. 647).

Na sequência, trazemos resultados de investigações de pesquisadores brasileiros da área da Educação Especial que utilizaram os programas acima em intervenções junto à criança com TEA, em escola comum, instituição especializada ou em espaço clínico.

Em estudo comparativo com seis alunos com TEA, na faixa etária de 11/12 anos, atendidos por duas instituições especializadas, Giardinetto (2005) investigou a interação social desses alunos – comportamentos comunicativos em sala de aula, e analisou a ecologia da sala de aula dos programas de intervenção TEACCH e CFN, utilizado, individualmente, por cada uma das instituições, tendo concluído que os alunos atendidos pelo CFN apresentaram

resultados mais favoráveis nas atividades grupais e aumento nas iniciativas comunicativas durante as atividades de vida diária e prática. No entanto,

Considerando que a atual política educacional no Brasil orienta a inclusão de alunos com TEA em sala de aula regular e o apoio recebido pela modalidade denominada Atendimento Educacional Especializado (AEE), torna-se possível pensar na aplicação do CFN no espaço comum regular, principalmente nas primeiras séries do ensino fundamental. A utilização do programa educacional do CFN na escola regular, entretanto, ainda é incipiente, mas poderia ser uma forma de propiciar a generalização das habilidades adquiridas no contexto escolar e generalizadas para os ambientes naturais, favorecendo o uso das habilidades interpessoais, tornando os alunos com TEA mais competentes socialmente (FALVEY, 1989 apud WALTER, 2017, p.136).

Professores apontam, segundo Gomes & Nunes (2014), que um dos principais desafios que envolve a inclusão de alunos com TEA são os prejuízos na comunicação, o que torna imperativo desenvolver programas de intervenção focados no desenvolvimento das habilidades comunicativas desses alunos, o que foi realizado pelas autoras em investigação que voltou-se à avaliação dos efeitos de um programa de intervenção nas interações comunicativas, no contexto da sala de aula comum, entre um aluno com TEA, não falante, com 10 anos de idade, que cursava o 3º ano do Ensino Fundamental, e sua professora, na cidade de Natal (RN). De forma específica, a investigação buscou identificar os efeitos do programa: a) no uso de estratégias do ensino naturalístico empregadas pela professora, e b) nos turnos da díade professor e aluno. O estudo teve como cenário duas rotinas escolares: a hora do lanche e as atividades acadêmicas. No programa de intervenção, a professora foi capacitada a empregar estratégias do ensino naturalístico e recursos da Comunicação Alternativa Ampliada (CAA) para aumentar a frequência de interações com o aluno durante as rotinas da sala de aula.

O Ensino Naturalístico, colocam as pesquisadoras, é uma metodologia que tem se destacado em intervenções para capacitar crianças com prejuízos na linguagem a utilizar os recursos da CAA.

Trata-se, o Ensino Naturalístico, de um modelo geral de intervenção em linguagem, que inclui programas diversos de tratamentos, com os seguintes elementos comuns: uso de reforçadores indicados pelo aprendiz; interesse das crianças é o fio condutor no processo de aprendizagem; contingências do meio natural utilizadas para o aumento na frequência de emissões de respostas desejadas; ênfase dada à competência comunicativa do educando; ensino realizado durante atividades cotidianas em contextos e ambientes naturais.

Com relação à eficácia desse tipo de abordagem, ressaltamos que, em uma avaliação de programas de intervenção dirigidos para populações com autismo, o uso da

Estratégias Naturalísticas de Ensino (ENE) foi categorizado como uma prática cientificamente válida ((NATIONAL AUTISM CENTER, 2013). No contexto educacional, no entanto, o número de estudos que avaliam a eficácia das ENE no ensino da CAA para populações com autismo é limitado (NUNES et al., 2009 apud GOMES; NUNES, 2014, p.146).

Os prejuízos comunicativos observados nessa população podem ser minimizados pelo uso da CAA, defendem as autoras, cujos recursos substituem e suplementam a fala, com objetivo de compensar, temporária ou permanentemente, os prejuízos na comunicação expressiva e receptiva; envolve o uso de gestos manuais, expressões faciais e corporais, símbolos gráficos (fotografias, gravuras, desenhos, linguagem alfabética, objetos reais e miniaturas); voz digitalizada ou sintetizada, dentre outros meios que podem ser usados para na comunicação de pessoas que apresentam limitações no uso e/ou na compreensão da linguagem oral. Nas intervenções junto à criança do estudo foram utilizados alimentos, jogos, atividades pedagógicas e pictogramas contendo fotografias ou símbolos dos objetos ou atividades realizadas durante as rotinas escolares. O estudo comportou etapas, que culminou com as intervenções.

A criança que participou do estudo apresentava grau severo de autismo (52 pontos), conforme resultados da aplicação, pelas pesquisadoras, do instrumento Childhood Autism Rating Scale – CARS. Suas verbalizações eram limitadas e desprovidas de intenção comunicativa, com ausência de fala funcional, não compensada por gestos ou outras formas não verbais de comunicação, apresentava dificuldades em interagir com seus pares, com limitada compreensão da fala e estereotípias motoras e inflexibilidade comportamental. Sobre a tríade sintomatológica que caracteriza o perfil da pessoa com TEA, as autoras colocam que a mesma não pode ser ignorada no contexto da escola, pois as especificidades do transtorno podem interferir no aprendizado e na inclusão social desses indivíduos em ambientes educacionais, assim como as dificuldades de apreender regras sociais, instruções verbais, ou a incapacidade em utilizar a linguagem falada, podem representar desafios para essa população. (HALL, 2012; NUNES, 2012 apud GOMES; NUNES, 2014, p. 145). O sentimento de despreparo do professor para lidar com a sintomatologia no contexto da sala de aula comum tem sido evidenciado em estudos diversos, nacionais e internacionais, assinalam as autoras da pesquisa. (GOMES; NUNES, 2014, p. 145).

Os resultados da investigação apontaram mudanças qualitativas e quantitativas nas interações professora-aluno, logo após a implementação do programa de intervenção, corroborando resultados promissoras sinalizados pela literatura científica sobre o uso dos

recursos da CAA e do ensino naturalístico no desenvolvimento de habilidades de comunicação de indivíduos desprovidos de fala articulada, como os autistas.

Processos de ensino e aprendizagem de um estudante com TEA, por meio da utilização do *software GRID2*, recurso de CAA, foram investigados por Cândido (2015), em 2014; recurso este disponibilizado pela Coordenação de Educação Inclusiva da Secretaria de Educação do Distrito Federal para algumas escolas públicas, mais especificamente para as SRMs. O estudo foi realizado em uma SRM de uma escola de Ensino Fundamental, na cidade de Ceilândia/DF, envolvendo a professora do AEE, a professora de classe regular, o estudante com TEA atendido pelas duas profissionais, e a mãe do aluno. Após o mapeamento das escolas da rede que receberam o referido *software*, da seleção do local/escola e dos sujeitos da pesquisa, a primeira ação da pesquisadora foi realizar avaliação pedagógica inicial do aluno para identificar suas necessidades comunicativas e de aprendizagem, com vistas à estruturação do plano de intervenção com o uso do *software GRID2*.

A pesquisadora defende, assim como Gomes & Nunes (2014), a necessidade de proporcionar à criança com TEA um sistema de comunicação aumentativo – indivíduo possui alguma comunicação, mas não é suficiente para suas trocas sociais, ou alternativo – indivíduo não apresenta outra forma de comunicação, como recurso para que a mesma possa transpor suas dificuldades na interação com os outros, com ganhos, conseqüentemente, em sua socialização. Exemplifica com o uso de simuladores de teclado, que permitem que as pessoas com necessidades específicas na fala possam se comunicar quando o aplicativo é adicionado a um sintetizador de voz. Conforme Lucchini (2001 apud CÂNDIDO, 2015, p. 63), trata-se de ofertar apoios tecnológicos de CAA na Educação Especial inclusiva, que facilitem a exteriorização e o desenvolvimento do potencial cognitivo, criativo e humano. O termo CAA, informa a pesquisadora, também engloba o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, uso de pranchas. Para o aluno com TEA, a apropriação de recursos de tecnologia assistiva (TA) pode favorecer sua autonomia, independência e melhorar sua qualidade de vida, que são fatores facilitadores para sua inclusão socioeducacional, acrescenta.

Cabe lembrar, como consta no quadro 2 do capítulo anterior, que recursos de CAA compõem as SRM, cabendo aos professores do AEE e do ensino comum aterem-se às barreiras de comunicação oral e escritas do aluno, que possam limitar ou impedir o acesso do mesmo ao conhecimento/aprendizagem: confeccionar recursos pedagógicos e de comunicação, de acordo com as demandas comunicativas do aluno.

Quanto ao *software GRID2*, pesquisadora informa que o mesmo foi criado na Inglaterra em 1990, e que permite várias formas de comunicação; o computador se torna um comunicador por meio de fala sintetizada e outras formas de comunicar – *e-mails* ou *SMS*; o *software* possui em torno de 20.000 símbolos. Assim o descreve:

[...] é uma solução informática destinada especificamente a pessoas que apresentam deficiência neuromotora grave e utilizadores de comunicação aumentativa. Este *software* foi concebido para o usuário poder expressar-se e comunicar-se de forma autônoma, utilizando o computador e os programas nele contidos, navegando na internet e ainda controlando totalmente o seu ambiente físico: abertura e fechamento de janelas, acesso ao telefone, TV, equipamento de áudio e vídeo, etc. (CÂNDIDO, 2015, p 71).

Sobre a SRM onde as observações foram realizadas, a pesquisadora informa que era uma sala generalista, por atender alunos com deficiência intelectual, física, múltipla e com TGD, totalizando quatorze estudantes matriculados no AEE, quatro deles com diagnóstico de TEA. A criança participante da pesquisa, com oito anos e meio de idade, apresentava déficit na interação social, atraso na fala e comportamento repetitivo; não utilizava a linguagem verbal, com emissão apenas de alguns sons; apreciava jogos no computador e videogame. A sala regular por ele frequentada era composta por dezoito alunos.

Na coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) documentos do estudante – relatórios psicopedagógicos, relatórios escritos pelas professoras da classe comum e da SRM, e laudo médico, cuja análise dos dados levantados objetivou conhecer o perfil e o percurso pedagógico do aluno; (b) roteiro de entrevista semiestruturada com a professora do AEE, com objetivo de conhecer a forma de atendimento oferecido ao estudante na SRM, o perfil do estudante atendido, a partir das considerações da professora, e as tecnologias assistivas utilizadas nesse atendimento; (c) questionário aplicado à professora regente, para conhecer a forma do atendimento em sala de aula e qual o tipo de apoio era ofertado pela professora para auxiliar o processo de comunicação e de aprendizagem do aluno, assim como conhecer o perfil do aluno a partir das considerações da professora; (d) questionário semiestruturado aplicado à mãe do aluno, para conhecer as habilidades comunicativas e a rotina do seu filho; (e) observações do atendimento ao estudante na SRM e na sala de aula comum, para identificar as estratégias pedagógicas utilizadas pelas professoras no atendimento ao aluno.

Sobre as intervenções, quanto à prática pedagógica da professora do AEE, com o uso do *software GRID2*, estas ocorreram em dez sessões, duas vezes por semana, com duração aproximada de 20' cada sessão, totalizando três horas e vinte minutos, aproximadamente.

Foram confeccionados e usados, pela professora do ensino regular, recursos de baixa tecnologia, que se caracterizaram como uma estratégia pedagógica para anteceder o atendimento na SRM com o uso do *software GRID2*, dada a constatação pela pesquisadora que as professoras, o estudante e sua mãe nunca haviam utilizado sistemas de comunicação alternativa. Inicialmente, a pesquisadora confeccionou esses recursos – jogo de relação objeto/figura, caderno de comunicação (atividades de logo-leitura), quadros para trabalhar a rotina escolar e a rotina domiciliar do aluno, que foram entregues à professora do ensino regular e à família do aluno. Pôde-se observar, afirma a pesquisadora, o desconhecimento das professoras sobre modelos de intervenção para alunos com TEA, inclusive com dúvidas em como proceder numa intervenção eficaz no processo de ensino e aprendizagem, destacando ainda que os profissionais cujas escolas foram contempladas com a ferramenta não receberam formação específica para utilizá-la.

Como resultados da investigação, segue quadro comparativo da avaliação inicial e final do aluno, que demarca seus avanços.

Quadro 3. Comparativo da avaliação inicial e final do aluno com TEA

Avaliação inicial	Avaliação final
Realizava comunicação através de expressões elementares, sem uso funcional de palavras.	Realizou vocalizações, emitindo vocábulos.
Usava expressões desordenadamente e sem motivação aparente (sorrisos, gritos e choros)	Sorriu para denotar contentamento com atividades executadas. Chorou quando contrariado.
Mantinha atenção e maior concentração nas atividades pedagógicas que envolviam pintura e desenho.	Manteve atenção e concentração em atividades pedagógicas com o uso de recursos tecnológicos (computador com software GRID2).
Afastava ou agarrava a mão do adulto (batia/furava com o dedo), tocava o rosto do adulto para manifestar desejos e/ou necessidades.	Utilizou o caderno de comunicação e os quadros de rotina com imagens do que queria comunicar.
Não demonstrava iniciativas comunicativas, ficando a cargo do adulto e colegas.	Utilizou o quadro de rotina com imagens do que queria comunicar. Apontou para a tela do computador e para os quadros de rotina desejando comunicar. Utilizou o mouse para apontar o que desejava comunicar.

Fonte: CÂNDIDO, Flávia Ramos. Tecnologias Assistivas e Inclusão Escolar: o uso do *software GRID2* no Atendimento Educacional Especializado a estudantes com autismo em escola pública do Distrito Federal, 2015, p. 191.

Como resultados finais da investigação, destacamos do pontuado pela pesquisadora: maior articulação e colaboração entre as professoras do AEE e da classe regular no planejamento e execução das atividades de recursos de CAA, o que favoreceu o processo de ensino e de aprendizagem do aluno, com melhoras em sua comunicação, fator favorecedor de

sua inclusão escolar; necessidade de se investir na formação do professor que atua em SRM para o uso de tecnologias assistivas, em especial o *software GRID2*; necessidade de formação de professores das salas regulares para utilização de sistemas de comunicação alternativa na sua prática pedagógica com alunos com TEA. O uso do *software GRID2* na SRM, segundo a pesquisadora, indicou importantes contribuições desta tecnologia para o desenvolvimento da intencionalidade comunicativa do aluno participante da pesquisa; as estratégias criadas para viabilizar o potencial comunicativo e de aprendizagem do aluno evidenciaram os desafios vividos pelo mesmo no ambiente escolar. Conhecer outros recursos e métodos para o acesso a conteúdos curriculares possibilitou às professoras compreender e assumir outras práticas, além das tradicionalmente empregadas com o aluno. Relevante interlocução foi observada entre a mãe, a professora do AEE e a professora regente e de ambas com o aluno. As discussões teóricas sobre a linguagem e com as formas de aprender do aluno com TEA alavancaram mudanças na concepção das profissionais sobre o seu atendimento, favorecendo mudanças em suas práticas pedagógicas.

[...]. Acredita-se que a transformação da prática educativa, assim como o rompimento de barreiras atitudinais em relação à escolarização e à inclusão de estudantes com NEE perpassa pelas experiências significativas que colocam à prova as concepções que negam ou rejeitam os direitos e o potencial de aprendizagem e desenvolvimento desses sujeitos. (CÂNDIDO, 2015, p.197).

A ressignificação do currículo, dos programas educacionais, metodologias e procedimentos de ensino para o aluno com TEA, assim como a organização e funcionamento da instituição escolar, com vistas a implementação de processos de aprendizagem e desenvolvimento desse aluno, são demandas evidenciadas em pesquisas, requerendo dos educadores da área da Educação Especial inclusiva, avanços teórico-práticos para além do que tem sustentado a escolarização oferecida a esse aluno.

Sobre as dimensões curriculares para alunos com TEA, Neves et al. (2014) investigaram a produção acadêmica brasileira, por meio de mapeamento dessa produção do período de 1987 a 2011, junto ao Banco de Teses e Dissertações da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (BTD-CAPES). Foram identificados, inicialmente, 157 estudos, dos quais 106 (67,5%) foram descartados, por não preencherem os critérios estabelecidos para o estudo, resultando em 51 pesquisas (32,5%) que tematizaram especificamente questões curriculares, com foco no aluno com TEA. Sobre as pesquisas analisadas, os pesquisadores afirmam que as mesmas “se configuram majoritariamente como estudos de casos, com apontamentos gerais dos ajustes curriculares, que não poderiam ser tomados como parâmetros

para avaliação das estratégias e políticas educacionais adotadas em larga escala”. (NEVES et al., 2014, p. 47). Afirmam, ainda, que a escolarização formal desse aluno tem sido um desafio para a área da educação.

Do ponto de vista conceitual, as modalidades de ajustes curriculares foram assim apresentadas no estudo:

[...] a **flexibilização** consiste na programação das atividades elaboradas para a sala de aula e diz respeito às mudanças nas estratégias pedagógicas, sem que sejam necessárias alterações dos conteúdos curriculares previstos. A **adequação curricular**, por sua vez, compreende atividades individualizadas que permitem acesso ao currículo (FONSECA 2011), no qual o professor atende, especificamente, às necessidades educacionais de cada aluno, prevendo-se, assim, adequações no planejamento curricular de ensino, tais como mudanças nos objetivos, conteúdos, recursos e práticas pedagógicas. Assim, o **currículo adaptado** decorre diretamente das ações de flexibilização e adequação curricular (ZANATA (2004), nas quais a matriz curricular é mantida e são modificadas as condições de ensino, as estratégias pedagógicas, os materiais didáticos e a temporalidade dos objetivos, dentre outros elementos educacionais que permitam aos alunos (com ou sem deficiência) que não se beneficiam do modelo convencional de ensino as devidas oportunidades de acessar e aprender os conteúdos organizados no currículo.[...]. (NEVES et al., 2014, p. 46- 47, grifo nosso).

Os autores recorreram a Neves & Leite (2013 apud NEVES et al., 2014, p.47), para exemplificar ações de flexibilização e adequação curricular: “desenvolver trabalhos por meio de grupos produtivos, dar mais tempo ao aluno para concluir a atividade, modificar a organização didática, fornecendo exemplos concretos, expor os alunos a vivências e experiências para formulação de conceitos”. Afirmam que a adaptação curricular é implementada quando as ações de flexibilização e adequação curricular não atendem às necessidades educacionais de alunos com graves comprometimentos e/ou com severas limitações, exigindo um currículo específico: “As formulações de currículos específicos para quadros de deficiência intelectual grave e de autismo típico podem ser consideradas adaptações, na medida em que toda a estruturação curricular produzida se dá em função das especificidades do aluno”. (NEVES et al., 2014, p. 47).

Da análise realizada pelos pesquisadores, destacamos o que segue: (a) até o início da década de 1990, a produção científica sobre a escolarização do aluno com autismo foi inexpressiva, e foi nessa década que a temática da inclusão escolar começou a ganhar relevância e visibilidade, fruto da articulação dos movimentos sociais de direitos humanos da pessoa com deficiência, das declarações promovidas pela UNESCO (1990, 1994), e da promulgação da

LDBEN (1996), quando começaram a surgir discussões acadêmicas sobre a inclusão do aluno com TEA na rede regular de ensino; (b) no ano de 1992, surgiram, os primeiros estudos, em quantidade reduzida, e em especial em cursos de mestrado sobre a inclusão educacional da pessoa com TEA; (c) a partir, especialmente do ano de 2001, diversas produções acadêmicas começaram a ser produzidas, procurando-se responder aos questionamentos e inquietações escolares sobre os múltiplos aspectos que envolvem o aluno com autismo no contexto da escola comum; no ano de 2002 ocorreu um salto na quantidade dos estudos produzidos, cujo ápice das produções foi no ano de 2009; apenas no ano de 2005 surgiram os primeiros estudos de doutorado; (d) embora as discussões iniciais remetam à década de 1990, a implementação das políticas educacionais inclusivas só foi consolidada a partir do ano 2000 – marco importante para o início das pesquisas sobre as questões curriculares, abarcando o aluno com TEA; (d) a área da Educação e Educação Especial detém grande parte da produção acadêmica sobre o tema; até 2006, havia inexpressivos estudos sobre a temática vinculados aos programas de Psicologia, com aumento importante das produções a partir daquele ano, voltadas aos processos educacionais do aluno com TEA no ensino regular, demarcando interfaces da Psicologia com a Educação; número importante de estudos foram produzidos na área de Distúrbios da Comunicação, embora sob a perspectiva terapêutica, com poucos estudos com foco educacional no aluno com TEA; Ciência da Computação e Informática produziram estudos pontuais de 2002 a 2006, com investigações centradas na interface com a tecnologia computacional para educação do aluno com TEA; Ciências da Saúde realizaram poucos estudos relativos ao universo escolar, o que foi produzido pautou-se especialmente em modelo terapêutico.

As produções analisadas foram classificadas em 12 categoria temáticas, com maior incidência de estudos em três categorias: (a) interações interpessoais entre o aluno com TEA e os diversos atores escolares – 25,49% (13 pesquisas); (b) aspectos curriculares – 21,5% (11 pesquisas); (c) práticas pedagógicas para o aluno com TEA – 13,73% (7 pesquisas). Os demais temas foram assim distribuídos, por ordem de prevalência: (d) percepção e ação docente quanto ao processo de inclusão do aluno com TEA (9,8%); (e) pesquisas com aluno com TEA e outras deficiências (7,84%); (f) intervenção junto ao aluno com TEA (5,88%); (g) diagnóstico e encaminhamento do aluno com TEA (3,92%); (h) revisão da literatura sobre o aluno com TEA (3,92%); e produções pontuais – apenas um trabalho (1,96%): (i) avaliação psicológica do aluno com TEA; (j) formação docente para autismo; (l) reflexões sobre a inclusão do aluno com TEA; (m) sistema educacional para o aluno com TEA.

Os estudos sobre currículo para o aluno com TEA (25,5% - 11 pesquisas) enfatizaram a importância de atrelar os conteúdos curriculares às estratégias pedagógicas e ao programa de Currículo Funcional Natural (CFN). Os ajustes curriculares, nessas pesquisas, voltaram-se apenas à modificação das práticas pedagógicas dos professores – implementação de recursos didáticos diferenciados, formas de apresentação do conteúdo do currículo, capacitação de recursos humanos e reformulação da temporalidade dos objetivos de ensino, sem a proposta de adaptação do currículo comum ou planejamento curricular diferenciado, com vistas a atender as especificidades do aluno, evidenciando certo desencontro entre a adaptação curricular enquanto política educacional, que admite a reestruturação de currículos e as ações que são implementadas na realidade escolar, quando se trata da escolarização formal do aluno com TEA.

A temática do acesso e da apropriação dos conteúdos do currículo pelo aluno com autismo, embora já presente em alguns estudos, ainda exige maior investimento dos pesquisadores da educação e áreas afins, para que, mediada pela investigação científica, possam ser vislumbrados caminhos possíveis para sua escolarização plena e bem-sucedida. Sabe-se que, para o aluno com autismo, infelizmente, o currículo ainda é uma barreira educacional difícil de ser transposta, quer seja pelas limitações decorrentes do autismo, quer seja pelo sistema educacional, que inviabiliza tal acesso, quer seja por outros fatores; no entanto, ajustes curriculares, aliados a práticas pedagógicas eficazes podem possibilitar aprendizagem dos conhecimentos nele preconizados. (NEVES et al., 2014, p. 65).

Os autores asseveram que são poucas as pesquisas sobre o complexo processo educacional do aluno com TEA, requerendo maior articulação das instâncias que produzem conhecimento científico, assim como a formação de mais grupos de pesquisa sobre o tema.

A adaptação curricular, por meio do plano do AEE individual, ou plano de atendimento individual em SRM, é defendida por Silva & Almeida (2012) como importante recurso para ultrapassagem das barreiras impostas pela escola comum, pois favorece a participação mais autônoma da criança em sua turma.

As autoras realizaram estudo de caso de uma criança com seis anos de idade, que cursava o 1º ano do Ensino Fundamental na rede municipal de ensino de Dourado/MS, com objetivo de ampliar o repertório comunicativo da criança – linguagem receptiva e expressiva, e promover avanços em sua capacidade conceitual, por meio de atividades de vida diária e da comunicação alternativa. O plano do AEE individual, afirmam, permite flexibilidade e favorece reflexões para novas construções e reconstruções das intervenções, tendo como referência as capacidades da criança, o que não ocorre no ensino regular, principalmente pela insuficiência de recursos materiais, dificultando a elaboração de atividades diferenciadas. Tal plano deve ser elaborado,

a partir do perfil de desenvolvimento, comportamento e aprendizagem da criança, cabendo ao professor especialista (SRM) orientar os profissionais da escola na elaboração de estratégias de ensino, recursos de apoio visual confeccionados pela escola, e organização da rotina, atuando de forma colaborativa com o professor do ensino regular.

Poker et al. (2013) ressaltam a importância da elaboração do plano individual ser baseado nos resultados de avaliação pedagógica das condições da criança, em seus aspectos cognitivos, sensoriais, comportamentais, físico e escolar, configurando-se, o plano, como recurso fundamental para as intervenções do professor especialista da SRM.

O planejamento das intervenções do professor do AEE junto à criança com TEA deve ser delineado, portanto, no plano de desenvolvimento individual do aluno, com participação do coordenador pedagógico da unidade escolar e outros profissionais da escola (estudo do caso) – serve para registrar os dados da avaliação do aluno, e informes coletados quando da realização do estudo de caso de cada aluno (Parte I do plano) e plano pedagógico especializado (Parte II do plano). O estudo de caso deve ter como base diferentes fontes de dados, como: entrevista com os pais; dados do prontuário escolar do aluno; relatórios de profissionais da saúde; anamneses anteriormente realizadas.

No plano das intervenções deve-se privilegiar a participação da criança nos contextos sociais, com vistas a ampliar suas capacidades interativas com outras crianças da mesma faixa etária. A escola, nesse sentido, é configurada como ambiente privilegiado para promover a aprendizagem e convivência para todas as crianças, como afirmam Camargo & Bosa (2009), que realizaram revisão crítica da literatura sobre o conceito de competência social, sobre TEA e inclusão escolar, assinalando que há poucos estudos sobre o tema, o que aponta para a necessidade de investigações que evidenciem as potencialidades interativas dessa criança e a possibilidade de sua inclusão no ensino comum, a ser iniciada na Educação Infantil, possibilitando à criança pequena oportunidades de vivenciar processos de aprendizagem e de desenvolvimento da competência social, afirmam as autoras.

Do ponto de vista teórico, Camargo & Bosa (2009) afirmam que é do processo de socialização da criança que emerge sua constituição psíquica, a linguagem, o desenvolvimento cognitivo, o autoconhecimento e o conhecimento do outro, constituindo-se, portanto, na base do desenvolvimento humano. Os relacionamentos entre crianças da mesma idade desempenham papel fundamental nesse processo, afetando positiva ou negativamente as diversas aquisições que delas se originam, a depender da qualidade das convivências.

Na perspectiva teórica de Hartup (1989 apud CAMARGO; BOSA, 2009, p.66), toda criança necessita vivenciar dois tipos de relacionamentos: vertical – caracterizado por relacionamentos complementares que envolvem apego a uma pessoa com maior poder social ou conhecimento, como os pais, a professora ou um irmão mais velho, e horizontal – relacionamentos recíprocos e igualitários com companheiros da mesma idade. Os dois tipos de relacionamentos são necessários para o desenvolvimento de habilidades sociais e afetivas. Enquanto os relacionamentos verticais proporcionam segurança e proteção, pois criam modelos internos básicos e desenvolvem habilidades sociais fundamentais, os relacionamentos horizontais desenvolvem habilidades sociais que só podem ser vivenciadas em relacionamentos entre iguais, com formas específicas de cooperação, competição.

Pesquisadoras afirmam que algumas crianças, como as com TEA, podem se encontrar em situação de risco desde os primeiros anos de vida, quanto ao desenvolvimento social, ocupando a escola papel relevante no enfrentamento dos déficits sociais por ela apresentados – alargar progressivamente suas experiências socializadoras em prol do desenvolvimento de novos conhecimentos e comportamentos, estimulando suas capacidades interativas na convivência com pares da mesma faixa etária, pois estas fornecem modelos de interação para a criança com TEA.

Camargo & Bosa (2009) posicionam-se, portanto, a favor da inclusão dessas crianças na escola comum, por oportunizar contatos sociais e favorecer o desenvolvimento das mesmas, o que ocorre também com crianças com desenvolvimento típico, que aprendem a conviver com as diferenças. Há evidências, assevera Bosa (2006 apud CAMARGO; BOSA, 2009, p. 69), que a educação formal dessas crianças, a partir dos dois aos quatro anos, com a participação efetiva de todos os profissionais, têm obtido bons resultados.

Atribuem ao restrito número de crianças com TEA incluídas na rede comum de ensino, comparada a outras deficiências, à falta de preparo de escolas e professores para atender às demandas da inclusão dessas crianças, e citam resultados de investigações com esses alunos, como a pesquisa realizada por Kristen, Brandt & Connie (2003), que examinaram o relacionamento entre professores de escola comum e 12 alunos com autismo de segunda e terceira séries e observaram que, nos casos em que os professores percebiam mais positivamente seu relacionamento com os alunos com autismo, o índice de problemas de comportamento dessas crianças foi menor, e elas foram mais socialmente incluídas na sala de aula; a pesquisa realizada por Sant’Ana (2005), que investigou através de entrevistas, as

concepções de 10 professores e 6 diretores de escolas públicas do Ensino Fundamental sobre a experiência de inclusão, e identificou diversas dificuldades apontadas pelos professores: falta de orientação, estrutura e recursos pedagógicos; e a pesquisa de Jordan (2005) que aponta a necessidade de orientação aos professores pois é a falta de conhecimento a respeito dos transtornos autísticos que os impede de identificar corretamente as necessidades de seus alunos com autismo. (CAMARGO; BOSA, 2009, p. 69).

Resultados de estudos sobre autismo, afirmam as pesquisadoras, demonstram que os professores apresentam ideias distorcidas a respeito do transtorno, principalmente quanto à (in) capacidade de comunicação. São concepções que sugerem influenciar as práticas pedagógicas e as expectativas acerca da educabilidade desses alunos, com ideias preconcebidas e caricaturizadas sobre o transtorno, o que tende a comprometer a qualidade e eficácia das ações docentes. Alguns estudos têm demonstrado, afirmam, que quando o trabalho pedagógico é integrador transforma limitações em um desafio para todos, através de uma postura de confiança na capacidade de mudança do aluno.

Serra (2004) investigou, no ano de 2002, os efeitos da inclusão em escola comum nos comportamentos de um menino de sete anos com diagnóstico de TEA, cujos dados foram levantados em avaliação da dinâmica familiar e escolar e avaliação da criança (Escala CARS) – reaplicada após um ano.

Segundo a pesquisadora, os resultados evidenciaram benefícios da inclusão para a criança, como melhora significativa da concentração nas atividades propostas, bom estabelecimento de relacionamentos com os colegas e no comportamento de atender a ordens. Afirma que o principal ganho para a criança foi o aprendizado de comportamentos sociais – o prazer de brincar com outras crianças, fazer as refeições em conjunto, melhora da concentração nas atividades realizadas, especialmente nos momentos de ouvir histórias ou participar da hora das novidades e da rodinha para a descrição da rotina escolar.

Gabriel obteve melhora significativa de concentração nas atividades propostas, conseguiu estabelecer bom relacionamento com colegas, atender às ordens, [...]. Alguns comportamentos considerados inadequados permaneceram, contudo, os resultados foram positivos, haja vista que o período de um ano letivo é um período curto para grandes progressos de um quadro tão grave de autismo. (SERRA, 2004, p. 7).

Os comportamentos que permaneceram inadequados, ou que não evoluíram com a inclusão da criança, como colocado pela autora, foram a demonstração de medo, contato visual com professores e colegas, resistência à mudança de rotina e ao contato físico, e foram

mantidos, com baixa ou alta frequência e com oscilações significativas, a resistência para participar de atividades propostas, a hiperatividade, apego impróprio a objetos, giro de objetos e fixação em objetos giratórios, comportamentos estereotipados e heteroagressão, que, conforme trazido no capítulo um deste estudo, são comportamentos característicos do quadro de TEA..

A família, por sua vez, passou a investir mais na aprendizagem da criança, com mais credibilidade nas potencialidades do filho, e houve crescimento dos profissionais da escola, pois, a partir da experiência, outras crianças especiais ingressaram na escola, e a equipe passou a estudar, nos grupos de formação continuada de professores, a temática da Educação Especial.

Ancoradas em estudos realizados por outros pesquisadores, inclusive a investigação realizada por Serra (2004), Camargo & Bosa (2009, p.70) observam sobre esses estudos:

Em relação à inclusão de crianças com autismo, os estudos encontrados apontam os ganhos que essas crianças possuem diante das oportunidades de interação com pares em settings inclusivos. Entretanto, algumas limitações metodológicas como, por exemplo, a amostra selecionada e o delineamento utilizado ainda deixam lacunas relativas às suas potencialidades interativas e a sua possibilidade de inclusão no ensino comum, desde a educação infantil.

Na sequência, as autoras asseveram: “Mostrar que a escola pode ser, de fato, um espaço de desenvolvimento da competência social para crianças com TEA é ainda um grande desafio para os pesquisadores desta área”. (CAMARGO; BOSA, 2009, p. 71).

O campo requer investimentos em pesquisas que talvez possam evidenciar que as diferenças nos comportamentos sociais de crianças com TEA são qualitativas, e que sua baixa frequência não equivale à sua ausência. Tais pesquisas, concluem, poderão contribuir para a dissolução de diversos mitos em torno da educabilidade dessas crianças.

No ano de 2012, as duas pesquisadoras realizaram estudo de caso do perfil de competência social (CS) de uma criança pré-escolar com TEA, comparando com o perfil de uma criança com desenvolvimento típico, em uma escola comum, investigando a influência do ambiente escolar (sala de aula e pátio) no perfil de CS de ambas. Os resultados demonstraram que enquanto perfil de competência social da criança com desenvolvimento típico pouco variou, a criança com autismo demonstrou maior frequência de comportamentos de cooperação e asserção social e menor frequência de agressão e desorganização do *self*, no pátio. As autoras afirmam e defendem:

A competência social espelha múltiplas facetas do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental e é entendida como a capacidade de utilizar os recursos

ambientais e pessoais para estabelecer um bom relacionamento, levando em consideração o contexto e o nível de desenvolvimento da criança [...]. Trata-se, portanto, de um conjunto de comportamentos aprendidos no decurso das interações sociais com pares. Sendo assim, proporcionar com autismo oportunidades de conviver com outras crianças da mesma faixa etária possibilita o estímulo às suas capacidades interativas e o desenvolvimento da competência social, favorecendo modelos de interação e evitando o isolamento contínuo. (CAMARGO; BOSA, 2012, p. 316).

Como implicações dos resultados da pesquisa para a prática educativa inclusiva de crianças com TEA, assinalam: necessidade da implementação de práticas pedagógicas que levem em conta as dificuldades da criança; as atividades que requerem altos níveis de simbolização – desenhos, contos infantis, por exemplo, tendem a desencadear reações menos adaptativas na criança, sugerindo-se, nessas situações, a oferta de atividades alternativas com menor demanda simbólica – jogos de encaixe, manipulação de livros, por exemplo, por permitirem maior envolvimento da criança com TEA com as outras crianças na sala de aula; a necessidade de se respeitar momentos de isolamento da criança – pausas na interação para que ela possa se restabelecer da sobrecarga de estímulos e da demanda social do reduzido espaço da sala de aula, podem ser úteis para evitar a desorganização do comportamento frente ao desconhecido, a antecipação de ações e o anúncio de mudanças de rotina, atividades ou contextos.

Portanto, é de fundamental importância o conhecimento acerca das particularidades no desenvolvimento destes indivíduos e o nível evolutivo da criança para que estratégias e ações pedagógicas respeitem e potencializem suas habilidades, garantindo a efetiva inclusão das crianças com autismo [...]. As evidências de competência social na criança com AU são de extrema importância na desconstrução dos mitos que cercam essas crianças. O retrato de um indivíduo totalmente ausente e vivendo em um mundo à parte não se mantém quando se consideram os dados empíricos deste e de outros estudos. Desse modo, pode-se pensar que a inclusão escolar de crianças com AU é algo possível, desde que fundamentada no conhecimento, garantindo recursos necessários e a clareza acerca do papel da escola. (CAMARGO; BOSA, 2012, p. 322).

Outro estudo que analisou as interações sociais de crianças com espectro autista nos contextos de escolas regulares foi o de Lemos, Salomão & Agripino-Ramos (2014), em João Pessoa, considerando a mediação das professoras. Participaram do estudo 42 crianças, das quais quatro com quadros de TEA leve e moderado (Escala CARS), com idade entre três e cinco anos, de classe socioeconômica média, e quatro professoras de duas escolas regulares particulares. Os resultados demonstraram que a mediação das professoras se caracterizou pelo uso de diretivos linguísticos e apoio físico, e as crianças, em termos interativos, por comportamentos mais frequentes de olhar pessoas, iniciativa dirigida à ação, resposta adequada e sorriso. Nesse

sentido, compreender como as crianças com TEA interagem com as pessoas e objetos em ambientes escolares e como são realizadas as mediações pelas professoras nesses momentos são aspectos de grande relevância para a elaboração de estratégias de intervenção que favoreçam a interação social e o processo de inclusão escolar. Das quatro crianças com autismo, três delas não eram verbais; todas recebiam atendimento de diferentes profissionais, entre eles fonoaudiólogos e psicopedagogos. Dentre os resultados da pesquisa, foi evidenciado que as estratégias adotadas pelas professoras são, na maioria das vezes, baseadas na intuição, com pouco respaldo teórico e pouca orientação de profissionais capacitados.

Bagarollo, Ribeiro & Panhoca (2013), por sua vez, refutam perspectivas tradicionais que afirmam a incapacidade ou grande dificuldade da criança com TEA de desenvolver atividades do brincar. Sustentando-se na perspectiva histórico-cultural de desenvolvimento humano, cujo brincar é compreendido como uma atividade construída socialmente, autoras realizaram estudo que teve como objetivo analisar as peculiaridades do brincar de uma criança com TEA imersa em ricas experiências com outras crianças, com brinquedos e com brincadeiras, cujos dados foram coletados em sessões de terapia fonoaudiológica com um grupo de quatro crianças com TEA, com quatro anos de idade, focado nas brincadeiras de uma das crianças. O trabalho foi realizado em uma instituição filantrópica especializada na educação de crianças, adolescentes e adultos com TEA.

Na perspectiva teórica do estudo, tem-se que o desenvolvimento de todas as funções tipicamente humanas, inclusive o brincar, se dá nas relações sociais mediadas pelos outros, por instrumentos e pela linguagem. As alterações biológicas que comprometem a constituição da atividade do brincar passam a não ser vistas como determinantes desta limitação. Defende-se na pesquisa que o fato das crianças com TEA normalmente não brincarem possa estar fortemente vinculado à falta de experiências com brinquedos e brincadeiras, e não apenas devido a fatores orgânicos. Ancoradas em Vygotski (1997 apud BAGAROLLO; RIBEIRO; PANHOCA, 2013, p. 108), afirmam que as características apresentadas pelos sujeitos com deficiência não são causadas apenas pelos déficits do substrato neurológico, mas também, por uma insuficiência no desenvolvimento cultural. Nesse sentido, o componente social é visto como determinante no processo de desenvolvimento de crianças com deficiência, podendo favorecer ou empobrecer esse funcionamento, de acordo com as experiências que lhes são proporcionadas, não sendo, então, o déficit orgânico, o único responsável pelo destino da criança. Autoras afirmam que as crianças com TEA, assim como todas as outras, podem desenvolver capacidades para a atividade lúdica, no entanto, isto ocorre na dependência da

imersão da criança no meio cultural, na vida social, nas experiências com outras crianças, brinquedos e brincadeira (FREITAS, 2008 apud BAGAROLLO; RIBEIRO; PANHOCA, 2013, p.109).

Refutam, assim, o que é trazido em parte da literatura da área, que mostra as alterações apresentadas pelas crianças com TEA, como incapacidade ou dificuldade de constituição das brincadeiras, a dificuldade de interação social com outras crianças durante a brincadeira, o desinteresse pelos brinquedos, bem como uma disparidade com o nível de desenvolvimento adequado à faixa etária. Na literatura por elas contestada, tem-se, por exemplo, que “[...] as brincadeiras imaginativas em geral estão ausentes ou apresentam comprometimento acentuado. Esses indivíduos também tendem a não se envolver nos jogos de imitação ou rotinas simples da infância, ou fazem-no fora de contexto ou de modo mecânico” (APA, 2002 apud BAGAROLLO; RIBEIRO; PANHOCA, 2013 p.109).

Os dados da investigação mostraram que é possível para a criança autista, quando vivencia interações sociais favoráveis, desenvolver o brincar, os processos imaginativos e as sequências de ações observadas no grupo social e no uso cultural dos brinquedos, e que sujeitos que recebem maior oferta cultural e vivenciam experiências sociais de mais qualidade apresentam diferenças em relação àquelas sem tais possibilidades. Os pais, familiares e profissionais têm papel de destaque no que diz respeito ao brincar e às experiências que envolvem o desenvolvimento do imaginário, já que tais indivíduos não dispõem de condições de fazê-lo de forma independente. Concluíram ser fundamental intervenções no processo de interação da criança, atribuindo significações às suas ações, proporcionando-lhe meios de constituir-se como um ser cultural e de interagir com o outro e, dessa forma, construir as bases para as internalizações, ou aprendizagens, que daí decorrerão.

Silva & Santos (2016) analisaram a produção científica sobre AEE, autismo e habilidades sociais em ambientes escolares, disponibilizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES e Scielo, com delimitação temporal entre 2008 a 2016, justificando a delimitação temporal (ano de 2008) pelos impactos da emergente Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Esclarecem que na revisão da literatura não foram incluídos os trabalhos de teses, por requererem um tempo maior para analisá-las. Foram encontradas 54 dissertações e 1.047 artigos, com seleção e análise de sete dissertações e oito artigos sobre a temática investigada.

Afirmam que identificaram porcentagem muito baixa de publicações relacionada ao universo da pesquisa, mesmo após a implementação, em 2008, da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que surgiu para garantir o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos público-alvo da Educação Especial nas escolas regulares, e para orientar os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais desses alunos, visando constituir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos. O número reduzido de publicações sobre a temática em questão, não acompanha a importância que a inclusão escolar e social tem assumido na atualidade, afirmam as pesquisadoras.

Os resultados da pesquisa demonstraram que interações sociais e programas de intervenções pedagógicas favoreceram o ensino e o processo de aprendizagem dos alunos com TEA, o que aponta para uma prática pedagógica inclusiva, com conteúdo e estratégias de ensino capazes de promover aprendizagem significativa de crianças com TEA, desde que as condições de ensino e as práticas escolares sejam apropriadas às necessidades educacionais desses alunos.

As práticas pedagógicas de duas professoras do ensino comum que tinham em suas classes um aluno com TEA, na rede municipal de ensino de Angra dos Reis, foram investigadas por Menezes (2012), com o objetivo de analisar o papel da Educação Especial como suporte ao processo de inclusão escolar, tomando como objeto da pesquisa o Projeto de Acompanhamento à Inclusão de Alunos com Autismo desenvolvido no município. Afirma que a inclusão escolar de alunos com NEE se constitui como um processo integrante da realidade educacional do município, que “adota um modelo de inclusão em que diferentes modalidades de atendimento e suporte da Educação Especial são oferecidas, de acordo com as especificidades do aluno” (GLAT; PLETSCHE, 2011 apud MENEZES, 2012, p. 63).

O Projeto de Acompanhamento à Inclusão de Alunos com Autismo foi iniciado em 2010 como estratégia de formação continuada de professores, em encontros mensais. Foi elaborado e implementado pelos profissionais da Unidade de Trabalho Diferenciado (UTD) – escola especializada da rede municipal, que oferece atendimento pedagógico em classes especiais e em salas de recursos para alunos com TEA e outros transtornos globais do desenvolvimento; pesquisadora exercia a função de pedagoga na escola especializada à época da pesquisa.

Os dois estudos de caso ocorreram a partir do levantamento de dados por meio de observação participante, entrevistas abertas e semiestruturadas e filmagem. A observação

participantes ocorreu por meio de visitas semanais às salas de aula frequentadas pelos alunos; os objetivos das entrevistas abertas e semiestruturadas com as duas professoras foram que apontassem as facilidades e dificuldades no processo, a aplicabilidade, ou não, das técnicas e estratégias de ensino abordadas, que avaliassem o processo evolutivos dos alunos e, principalmente, que refletissem sobre suas próprias práticas. Também foi realizada análise de documentos sobre o processo inclusivo dos alunos em questão: diário de classe, exercícios xerografados propostos como atividades de sala de aula, atividades realizadas nos cadernos dos alunos, e as diretrizes pedagógicas da Secretaria Municipal de Educação. A pesquisa de campo foi realizada em 2011, durante cinco meses.

As duas professoras/pedagogas participantes da pesquisa – 26 anos, com 4 de experiência como docente, e 37 anos de idade com 16 anos de docência –, eram atuantes no ensino comum, cuja escolha das mesmas para participação na pesquisa se deu a partir dos seguintes critérios – integrar o Projeto de Acompanhamento à Inclusão do Aluno com Autismo, desenvolvido pela escola especial do município; compor o quadro efetivo da rede, a fim de não inviabilizar a pesquisa por conta de possível interrupção do contrato de trabalho; deveriam atuar em escolas e em anos de escolaridade diferentes. Os critérios de seleção dos alunos com TEA foram: não ter vivenciado nenhuma outra experiência de inclusão onde o suporte do trabalho não tivesse sido oferecido pela escola especializada do município; deveriam frequentar a escola especializada (UTD) em turno contrário ao da escola comum, e em grupos diferentes, e ter laudo médico. Um aluno, com 5 anos de idade, frequentava classe de pré-escola, e o outro aluno, com 7 anos de idade, cursava o 1º ano do Ensino Fundamental.

A organização e análise dos dados ocorreram em três fases: fase 1/avaliação inicial: do contexto da sala de aula, abrangendo situações e eventos relacionados diretamente com o processo de inclusão dos alunos; fase 2/ a pesquisa-ação propriamente dita, caracterizada pelas orientações diretas aos professores, a partir da realidade observada na fase anterior, cuja análise dos dados ocorreu a partir de 3 categorias – reflexões realizadas pelas professoras, decisões e ações relativas ao processo de inclusão do aluno e processo evolutivo do aluno; fase 3/avaliação final do trabalho realizado, organizados em três categorias: visão dos professores e colegas de turma dos alunos com autismo; avaliação dos professores sobre a experiência vivida e expectativas dos professores sobre a continuidade do processo de escolarização dos alunos com autismo.

A pesquisa envolveu todo o grupo de profissionais da UTD, que adotava como metodologia básica o Currículo Funcional Natural, com os seguintes objetivos:

- Oferecer oportunidades educacionais e de vida diária que possibilitem aos alunos desenvolver habilidades para sua autonomia nos ambientes que frequentam (social, familiar, educacional);
- Desenvolver estratégias com os pais e familiares dos alunos para a efetivação de atividades previstas para cada um;
- Trabalhar para realização da inclusão na rede municipal dos alunos que estão matriculados apenas na UTD. (MENEZES, 2012, p. 67).

Como conclusões do estudo, pesquisadora assinala, dentre outros: (a) estudo reiterou o seu posicionamento sobre a inclusão de alunos com TEA, afirmando não ter dúvida que esses alunos devem conviver com outras crianças da mesma faixa etária no espaço da escola comum, embora, em outro momento relativize essa afirmação: “a pesquisa desenvolvida também nos permitiu ratificar que a inclusão escolar de alunos com autismo, em muitos casos, é possível, necessária e benéfica” (MENEZES, 2012, p. 133); (b) reconhece que discutir sobre o tema é bem menos complexo do que promover práticas inclusiva; (c) aponta os limites do estudo (2 casos), mas assinala que algumas constatações podem ser consideradas para o desenvolvimento de novas pesquisas e novos estudos sobre o tema; (d) para promover a inclusão de alunos com TEA é necessário que haja projetos pedagógicos definidos e estruturados referentes à Educação Especial como suporte à inclusão, e ao ensino comum, mais especificamente, através da organização de adaptações curriculares ou planos de ensino individualizados, requerendo ainda que se defina com as famílias quais alunos devem participar da escolarização nas salas de aula comuns e sob quais condições; (e) é imprescindível conhecer e estudar as características comuns dos alunos com autismo e, sobretudo, as particularidades do aluno em cada sala de aula comum para que o trabalho de inclusão seja delineado – para interagir e se comunicar com ele, atender às suas necessidades educacionais especiais e evoluir no processo ensino e aprendizagem, lembrando que cada aluno responde às intervenções de forma diferente, particular, e no seu tempo, necessitando de um olhar individualizado da professora; (f) o sucesso da inclusão requer o envolvimento dos diferentes sujeitos que compõem a comunidade escolar, mas o professor, em sala de aula, é peça fundamental; (g) é importante desenvolver e avaliar estratégias adequadas de atuação pedagógica em sala de aula, promotoras do processo de aprendizagem e desenvolvimento do aluno com TEA; (h) o acompanhamento constante e sistemático da prática pedagógica, em caráter de colaboração, permitiu a avaliação da proposta em desenvolvimento, a reflexão sobre a mesma, assim como a orientação ao professor do ensino comum no espaço/tempo necessários para ampliar as possibilidades de aprendizagem dos alunos, pois, disponibilizar o trabalho colaborativo entre o ensino comum e o ensino especial, garante que o professor responsável pela turma possa contar com o apoio de um professor com

conhecimentos específicos na área das NEEs; (i) afirma ter sido possível verificar nas entrevistas que todos os envolvidos diretamente com o processo de inclusão de alunos com autismo aprendem, ao mesmo tempo em que ensinam, quando se propõem a desenvolver uma inclusão criteriosa e responsável, considerando as condições reais e verdadeiras do contexto escolar e não as condições ideais e ainda inexistente; (j) as visitas de campo nos dois estudos de caso permitiram perceber que um projeto de formação continuada atende melhor aos anseios dos professores quando nos aproximamos deles, na dinâmica da sala de aula. (MENEZES, 2012, p. 129-131, grifo nosso).

Na conclusão do estudo, aponta, ainda, a reestruturação ocorrida na UTD, após devolutiva à sua equipe da pesquisa realizada: reestruturou a sua dinâmica de suporte ao ensino comum; as visitas de campo passaram a constituir-se como uma ação extensiva dos docentes da UTD, com ampliação da ação de suporte da Educação Especial, e, a partir de 2012, esses professores especialistas iniciaram também o acompanhamento direto às salas de aulas do ensino comum dos seus alunos que frequentavam o AEE na escola especializada – caminho fértil, afirma, de novas aprendizagens entre os docentes das escolas comuns e da escola especializada. O contato direto com as questões curriculares e estratégias pedagógicas trabalhadas nas escolas comuns permitiram à equipe da UTD planejar o AEE mais próximo e condizente com o projeto da escola comum, ou seja, permitiram desenvolver um suporte especializado mais pontual e efetivo.

Como obstáculos a serem superados, um deles refere-se ao aprofundamento sobre o processo de alfabetização do aluno com TEA; as barreiras encontradas pela própria Educação Especial do município, que, para garantir o suporte ao processo de inclusão às escolas comuns, necessita, por exemplo, de recursos humanos e materiais para um melhor desenvolvimento da educação inclusiva; revisão da carga horária dos alunos com TEA no ensino comum, pois, para a grande maioria, essa carga era reduzida; presença dos mediadores para atuar em conjunto com o professor na sala de aula inclusiva; implementação da dupla docência em sala de aula em que haja alunos com TEA e/ou o sistema de itinerância – visita frequente e sistemática de um professor especialista às salas de aula inclusiva..

[...] quando nos propomos a atuar com alunos com autismo é preciso que tenhamos: modéstia, humildade e cautela. Por estarmos participando da construção de uma nova realidade educacional para esse público, a inclusão, acrescentaríamos a esses itens mais dois outros: a liberdade e a responsabilidade [...]. Dessa forma acreditamos em nos aproximar cada vez mais de uma educação inclusiva com a qualidade que esses alunos têm como direito assegurado. (MENEZES, 2012, p. 133).

Afonso (2014) realizou estudo com objetivo de investigar os conhecimentos sobre autismo do professor dos anos iniciais do Ensino Fundamental, seu posicionamento sobre a inclusão escolar desses alunos e as estratégias pedagógicas utilizadas em sala de aula, procurando identificar possíveis facilidades e dificuldades que envolvem o processo de inclusão escolar desse aluno, assim como conhecer eventuais necessidades de formação para atender à essa demanda. Entrevistou, em 2011, nove professores vinculados à Secretaria Municipal de Educação de um município do interior de São Paulo, com histórico e experiência de atuação com alunos autistas. Os resultados apontaram para a necessidade de formação docente que concilie teoria e prática, pois, a partir da amostra estudada, foi percebido que o conhecimento teórico se faz necessário em conjunto com a experiência prática.

Os resultados sobre o conhecimento que as professoras tinham do TEA indicaram que as proposições legais se encontram muito distantes da prática cotidiana do professor: O diagnóstico médico ainda se faz presente no cotidiano das escolas, privilegiando, muitas vezes, o que falta no aluno, em detrimento de suas capacidades, podendo levar à percepção de que nada pode ser feito ante o diagnóstico, não se investindo, assim, nas possibilidades de aprendizagem do aluno. Todas as entrevistadas afirmaram ausência de estudos sobre o TEA durante a graduação ou pós-graduação, e quando tiveram algum conhecimento o mesmo foi superficial e fragmentado, fato que compromete o processo de inclusão escolar do aluno, que implica, dentre outros, no investimento em suas potencialidades, assumindo, assim, a responsabilidade significativa que lhe cabe no processo educacional do aluno. A frágil formação teórico-prática dos professores sobre a temática pôde ser percebida no cotidiano escolar, não oferecendo condições mínimas para trabalhar com crianças que apresentam qualquer tipo de deficiência. Em se tratando de criança com TEA, o conhecimento sobre o transtorno pode favorecer a minimização de ideias distorcidas, envolvidas em mitos, que tendem a mascarar as potencialidades dos alunos. No entanto, as experiências vivenciadas como professores de alunos com TEA favoreceram mudanças importantes no conhecimento sobre o autismo, o que permitiu, possivelmente, que alguns mitos fossem rompidos (ou parcialmente rompidos), pois, passaram a perceber seu aluno mais voltados para suas características individuais, e não pela patologia do autismo e dos mitos que tinham sobre o transtorno; a partir do contato inicial com a criança, algumas professoras passaram a buscar informações sobre o TEA.

Os achados referentes à formação e prática docente corroboram resultados de outras pesquisas, que apontam para a formação e experiência como possíveis caminhos para se romper

com mitos sobre o TEA, ainda bastante presentes no senso comum. Acredita-se que o conhecimento do professor seja um poderoso triunfo contra os disparates, muitas vezes cometidos no processo de inclusão escolar, conhecimento esse que, além de dar segurança ao professor, favorece o planejamento de suas ações em prol da aprendizagem do aluno.

A avaliação das professoras sobre a inclusão escolar de crianças com TEA indicou, de maneira geral, serem favoráveis e parcialmente favoráveis à inclusão, não deixando de sinalizar aspectos interferentes no processo: falta de apoio; comportamento do aluno e sua relação com o grupo/classe, assim como suas dificuldades de comunicação; dificuldades de flexibilizar as propostas educacionais e de organizar as atividades; dificuldades no acompanhamento e mediação individualizada do aluno, dentre outras. As professoras evidenciaram em seus relatos que houve, sem dúvida, mediações constantes, que foram necessárias intervenções, e que tiveram dificuldades importantes, o que demarca que a educação inclusiva demanda mudanças estruturais das escolas e pressupõe modificações nas práticas pedagógicas, buscando atender a diversidade presente nesse contexto.

A autora afirma, a partir dos resultados da pesquisa, e considerando a variabilidade das características do autismo, que há alunos que se adaptam ao contexto atual da escola, ainda que necessite de apoios, contudo, acredita que outros alunos acabam se distanciando do aprendizado formal e, talvez, nesses casos, seja necessário individualizar, e questionar se a escola de hoje tem condições de atendê-los a contento.

Aqui, não se tem como objetivo defender o *locus* da escolarização da pessoa com autismo, nem tampouco defender uma ideia romantizada de que todos os alunos com autismo, sem exceção, possam ser beneficiados com a organização atual da escola. O que se pretende, é discutir sobre a pessoa, muito mais do que as filosofias educacionais. Até porque como diz Omote (2003, p. 162), “Ainda que se defendam com toda a paixão os princípios da educação inclusiva, um mínimo de bom senso de realidade faz-nos reconhecer a necessidade de recursos alternativos mais especializados. (AFONSO, 2014, p. 163).

Sobre as mudanças nas práticas pedagógicas, defende que as mesmas devem assentar-se nas necessidades individuais do aluno, e não na ideia formada sobre o grupo que possui determinada patologia – deve-se olhar para o aluno e não para a categoria autismo, cujo foco deve estar na aprendizagem do aluno, e não voltado para as impossibilidades educacionais. Se isso não for feito, talvez a ideia de que todo autista precisa da “mesma coisa” se perpetue.

No Brasil, em termos de inclusão, ainda se parte das proposições legais e busca-se encaixar o contexto nessas, assevera. Discutem-se as leis, mas ainda não há muitas diretrizes que auxiliem, de fato, o professor a resolver seus desafios cotidianos. O professor sabe (talvez)

o que tem que fazer, ao menos os dados evidenciam que as professoras da amostra não estavam perdidas e sem nenhuma informação, mas há dificuldades importantes em vivenciar os desafios da inclusão. Os apoios aos professores são necessários, principalmente o trabalho em parceria com os professores especialistas; todas as professoras entrevistadas relataram que tiveram apoio do professor especialista, mas colocaram dificuldades sobre essa questão, apesar de, no geral, terem avaliado como necessário e positivo para o desenvolvimento do aluno. Pôde-se perceber que ainda há muito a ser feito sobre essa parceria, em especial no que se refere à discussão sobre os objetivos e estratégias de ensino. Mas, acredita-se que outras ações são necessárias quando se discute a escolarização do aluno com TEA, tais como: organização prévia para acolher o aluno; planejamento das atividades, entre outras.

Na conclusão da pesquisa, afirma que se busca com a discussão proposta, defender a singularidade de cada aluno com diagnóstico de TEA, que não está preso à sua condição, pois, ele pode e deve aprender e se desenvolver. No entanto, em termos de escolarização, isso só é possível se o professor assumir de fato o papel de mediador e compreender essa ação com uma das mais importantes e necessárias no processo inclusivo, que é um caminho de dúvidas e de respostas provisórias, que vai além da concepção de escola como um espaço de transmissão de conhecimento: "Assim, há que '[] superar as interpretações mais estreitas, alargar perspectivas e flexibilizar os processos educacionais", conforme Vasques (2010 apud AFONSO, 2014, p.164).

O autor afirma que a avaliação das professoras sobre o desempenho do aluno estava pautada nas habilidades pedagógicas do mesmo, e não nas relacionadas a atividades de vida diária e aspectos comportamentais, que comumente são vinculados ao autismo, questão essa que merece discussão.

[...] pois relatar que estes alunos tiveram avanços pedagógicos, não quer dizer em nenhum momento que a escola está organizada de modo a receber a todos sem nenhum problema. Não quer dizer que a organização da escola atualmente favoreça a permanência de crianças com autismo durante todo o processo de escolarização. No entanto, é notório que pensar neste aluno a partir de uma avaliação pedagógica, constitui um avanço no sentido da sua escolarização. De certa forma, esta avaliação traz uma ideia de possibilidades educacionais. No entanto, estes dados, que podem ser analisados como mais otimistas diante dos avanços da inclusão escolar, não podem ocultar em hipótese alguma, a estrutura fragmentada ainda observada na escola; uma escola que ainda espera que o aluno 'dê conta' e acaba não considerando, que na realidade é o modelo educacional, que ainda não atende este aluno nas suas necessidades educacionais especiais. (AFONSO, 2014, p. 164).

Concepções e práticas sobre a inclusão escolar do aluno com autismo, de 38 professores que atuavam de classe regular, foram sintetizadas em estudo realizado Schmidit et al. (2016).

A investigação foi realizada por meio de metodologia de análise secundária de dados de estudos realizados em dissertações e teses publicadas entre 2013 e 2015, e o foco do estudo foram as entrevistas com os professores que foram (re) analisadas por meio da análise de conteúdo, estabelecendo-se dois eixos: percepção sobre características do autismo e práticas pedagógicas.

Na categoria da percepção das características do aluno com TEA – comunicação social, comportamentos e interesses, identificou-se com maior frequência nos estudos, o que segue: a) percepção da pessoa com autismo como um sujeito que “vive em um mundo à parte”, em “uma realidade paralela” (21,6%), descrevendo o aluno como inacessível a intervenções externas; b) comportamentos de isolamento, retração e distanciamento social (21,6%), descrevendo dificuldades sociais, como a retração e o distanciamento. Teoricamente, tais crenças tendem a influenciar de modo diferente os comportamentos do professor ante esses alunos, percebendo-os como passíveis ou não de uma intervenção externa. Relatos mostram que os alunos são percebidos a partir dos déficits de comunicação verbal (8,1%), não-verbal (2,7), e comportamentos de brincar – “brinquedo já é mais difícil dela fazer uma brincadeira mais simbólica” (10,8%). Do ponto de vista comportamental, o aluno é percebido a partir de seus comportamentos estereotipados – maneirismos típicos da síndrome, como *flapping* ou balanceio do corpo, que esteve presente em 13,5% dos professores, e os interesses restritos dos mesmos em 5,4%. Os professores relataram outros aspectos das características de aprendizagem e desafios à inclusão: percepção do aluno a partir de seus comportamentos agressivos (24,3%), em especial as condutas de auto e heteroagressão a colegas e professores; forma diferente de ser do aluno autista, a partir de suas peculiaridades na interação e aprendizagem (13,5%) e relatos sobre comportamentos de ansiedade, impulsividade e agitação (18,9%), que dificultam a aprendizagem e interação em sala. (SCHMIDT et al., 2016, p. 227).

O eixo de análise das práticas pedagógicas adotadas – adaptações ou estratégias utilizadas para promover a participação e aprendizagem do aluno com TEA, revelaram que as práticas mais comuns relatadas foram: planejamento das atividades de acordo com o conhecimento prévio das características, gostos ou preferências do aluno (18,9%); práticas de promoção de aprendizagens formais, como a alfabetização (16,2%); práticas para maximizar a interação e participação do aluno (10,8%).

Como dificuldades encontradas para a inclusão do aluno, o sentimento de intensa frustração e medo de lidar com determinados comportamentos foi o mais frequente (24,3%), sentimentos esses que parecem estar relacionados ao despreparo do professor. Tem-se, ainda,

relatos sobre a pouca formação docente – conhecimentos sobre autismo (16,2%); dificuldades para planejar, ensinar ou avaliar aprendizagens apropriadas à etapa escolar – falta de tempo para preparar as atividades, avaliar as aprendizagens (16,2%). A disponibilidade emocional para a docência é reconhecida em si próprios como um recurso para a docência (24,3%); persistência no ensino e a busca de alternativas pedagógico-metodológicas como um recurso importante para a docência (8,1%). (SCHMIDIT et al., 2016, p. 229).

Os autores concluem que o cenário revelado no discurso das professoras sobre a inclusão escolar de alunos com TEA é preocupante: lacunas na formação, em especial relativas ao necessário conhecimento para a escolarização desses alunos; sentimento de impotência, frustração e desamparo dos professores, associado ao medo de lidar com determinados comportamentos do aluno, sugerindo descrédito em suas próprias capacidades para adotar práticas educacionais eficazes, inferindo-se que “[...] existe um baixo senso de auto eficácia entre os docentes”. (SCHMIDIT et al., 2016, p. 231); fragilização dos estados afetivos alicerçados em crenças, não só pelo sentimento de impotência docente, mas pelas características dos alunos com TEA– imprevisibilidade comportamental intrínseca ao quadro do TEA. Trata-se de um padrão comportamental do professor, afirmam os autores, que tende a potencializar o estresse laboral, e, vulneráveis, tendem a não acreditar que suas práticas possam favorecer a aprendizagem e desenvolvimento do aluno. Reverter esse quadro implica, dentre outros, disponibilizar ao professor recursos que possam auxiliá-lo em sua prática – suporte emocional no trato com o aluno, centrando-se em suas potencialidades – fonte de empoderamento e incremento do senso de auto eficácia: “[...] embora muitos docentes afirmem serem favoráveis à inclusão, outros alegam que a escola inclusiva seja inviável ao aluno com autismo” (SALGADO, 2012 apud SCHMIDIT et al., 2016, p. 224). A pesquisa ressalta a importância da formação continuada a fim de melhor preparar os professores para atuar em classes inclusiva.

Defende-se, portanto, conforme os pesquisadores:

[...] a necessidade de maior suporte técnico-pedagógico aos docentes de uma estrutura e organização escolar focada em princípios inclusivos e a consolidação de parceria entre a família e a escola. Esses são componentes recorrentemente citados na literatura e identificados nas falas analisadas como fatores de sucesso da inclusão escolar, que favorecem que as crianças com autismo tenham experiências exitosas tanto do ponto de vista da socialização quanto do aprendizado (Hansen, Blakely, Dolata, Raulstons & Machalicek, 2014). À medida que os professores se sentirem acolhidos em suas angústias e dúvidas e apoiados em suas decisões pedagógicas, poderão incorporar novas estratégias e (re) construir suas práticas na direção da inclusão de todos os seus alunos. (SCHMIDIT et al., 2016, p. 232).

Serra (2008, 2010), em investigação sobre a inclusão dos alunos com TEA na escola regular, afirma que a mesma ainda não se configura de maneira adequada no cotidiano das escolas, dada a ausência de políticas públicas que dificultam a organização de consistentes práticas pedagógicas favorecedoras da permanência do aluno na escola.

Assevera a necessidade de investimento na formação de professores, a aliança entre educação e saúde e a elaboração de políticas públicas que garantam a formulação de propostas educacionais inclusivas, que são questões centrais e urgentes nos sistemas educacionais, para que a inclusão significada como socialização, aprendizagem e desenvolvimento ocorra nas escolas e que os alunos com NEEs, em particular os autistas, tenham não só o direito do acesso à educação garantido, mas também sua permanência. (SERRA, 2008). Defende a capacitação do professor em serviço, por meio de programas de formação continuada, dada a ausência de capacitação dos mesmos em cursos de formação inicial, configurando as práticas pedagógicas como imprescindíveis para a evolução do aluno, o que demanda planejamento e desenvolvimento do ensino assentados em referenciais teóricos consistentes, bem como assessoria pedagógica. “A inclusão sem a formação adequada de professores, sem o apoio dos colegas de sala e sem a participação dos familiares, paradoxalmente, pode significar a pior das exclusões” (SERRA, 2008, resumo). E interroga: “seria de fato a inclusão o melhor caminho para a e educação dos alunos com autismo?”.

A inclusão educacional é palavra de ordem, afirma a pesquisadora, e os principais documentos que subsidiam a formulação de políticas públicas de Educação Especial enfatizam a igualdade e o direito à educação para todo cidadão. No entanto, quando se trata de indivíduo com autismo, é importante analisar alguns aspectos relevantes para o entendimento das suas necessidades educacionais, caso contrário, a inclusão pode representar intenções de “normalização” ou ainda uma violência à identidade autista. “A presença do estranhamento e da intolerância e a imposição da inclusão por instrumentos legais que muitas vezes transformam a criança com autismo em um ser invisível na escola também produzem desequilíbrios profundos nas salas de aula”. (SERRA, 2008, p. 22).

Assume que a inclusão não é o único modelo de educação para os indivíduos com TEA e que a decisão de incluir deve ser bastante criteriosa, levando-se em consideração que o sujeito não pode ser o único elemento a ser considerado na escolha do programa educacional, mas o ambiente escolar e a família também devem ser considerados e devidamente orientados e, principalmente, é importante verificar se a equipe pedagógica está devidamente preparada.

Assim sendo, faz-se necessário analisar, também, o ambiente, familiares envolvidos, cultura, políticas e práticas.

A inclusão educacional dos alunos com autismo merece muitas reflexões. Plaisance (2004) afirma que inclusão é uma questão ética que envolve valores fundamentais, pois a obsessão pela inclusão pode representar uma forma de tornar invisíveis as diferenças, e, portanto, um profundo desrespeito à identidade. Essa é uma das questões que deveremos pensar ao planejar a educação dos autistas. (SERRA, 2010, p. 173).

No que toca à família, defende que a mesma possa contar com atendimentos terapêuticos, para a garantia de sua saúde mental, e para que cuidem adequadamente de seus filhos e superem dores e conflitos acerca da deficiência.

Autora recorre à experiência das escolas inglesas, cujos critérios para a inclusão do aluno com TEA são por ela arrolados, e por nós agrupados, conforme seguem:

- Quanto à escola: deve conhecer as características da criança e prover as acomodações físicas e curriculares necessárias; deve preparar-se, bem como os seus programas para atender a diferentes perfis – estilos de aprendizagem e potencialidades; deve prover todo o suporte físico e acadêmico para garantir a aprendizagem dos alunos incluídos; deve buscar consultores para avaliar precisamente as crianças; deve prover todo o suporte físico e acadêmico para garantir a aprendizagem dos alunos incluídos.
- Quanto aos profissionais e professores: a formação dos profissionais deve ser constante e a busca de novas informações é um ato imperativo; os professores devem estar cientes que a avaliação da aprendizagem deve ser adaptada; é necessário estar consciente que para o aluno com autismo conhecimento e habilidades possuem significados diferentes; a atividade física regular é indispensável para o trabalho motor.
- Quanto ao ambiente: é preciso analisar o ambiente e evitar situações que tenham impacto sobre os alunos, pois as performances podem ser alteradas se o ambiente se alterar. (CUTLER, 2000 apud SERRA, 2010, p. 171, grifo nosso).

E mais, prossegue a pesquisadora, a educação inclusiva do aluno com TEA requer a presença de um facilitador e a tutoria deve ser individual – um tutor por aluno; a inclusão não elimina os apoios terapêuticos, assim como defendido por Rivière (2004); faz-se necessário desenvolver um programa de educação paralelo à inclusão (a autora propõe o ABA), e nas classes inclusivas o aluno deve participar das atividades que ele tenha chance de sucesso, especialmente das atividades socializadoras; a escola deve demonstrar sensibilidade às

necessidades do indivíduo e habilidade para planejar com a família o que deve ser feito ou continuado em casa. A constante atualização dos profissionais envolvidos com a educação inclusiva deve acompanhar os avanços das pesquisas sobre TEA, aprimorando, assim, suas práticas.

Outra investigação sobre a escolarização da criança com TEA foi realizada por Santos (2011), a partir de revisão da literatura sobre a temática, buscando pesquisas que discutem os caminhos de escolarização vivenciados por alunos com TEA no ensino regular.

Autora afirma que essa escolarização perpassa experiências significativas de aprendizagem tecidas nas interações entre os envolvidos. E interroga: “afinal, esses sujeitos realmente não se relacionam porque não querem ou porque não sabem? Até que ponto seus interesses são restritos por falta de experiências significantes?”. (SANTOS, 2011, p. 5).

Os estudos citados na pesquisa evidenciam as possibilidades de escolarização do aluno com TEA.

Em todos os achados fica claro a importância do outro na relação e constituição do sujeito ativo e capaz de se desenvolver no grupo, interagindo com seus pares. No espaço escolar, precisamos avançar em relação ao espaço destinado apenas para a socialização dos alunos e buscar estratégias que realmente faça a escola cumprir com o seu papel de ensinar com compromisso político, ético, histórico e cultural. (SANTOS, 2011, p.12).

A temática é complexa, com múltiplas interpretações e perspectivas, como evidenciado em investigação realizada por Vasques (2008) citado por Santos (2011). O diagnóstico, nas pesquisas analisadas pelo pesquisador, e por ele afirmado, é frequentemente vinculado à noção de anormalidade e desvio; descrevem a natureza, a essência de ser autista reduzido aos sintomas e comportamentos considerados impeditivos ou dificultadores do processo de escolarização da criança. Coloca que é preciso superar a concepção da escola como lugar voltado para a socialização e adaptação das atividades para o acesso ao currículo. “As pesquisas pautadas na perspectiva da educação inclusiva indicam “[...] a necessidade da construção de espaços colaborativos; refletir sobre o ensinar/aprender desses sujeitos e sobre os saberes/fazeres implicados nesse complexo e multideterminado processo”. (VASQUES, 2008 apud SANTOS, 2011, p. 6); autores defendem a relevância da interlocução entre as áreas da saúde e educação, ou seja, o atendimento clínico e educacional integrado no propósito de desenvolver as crianças com TEA.

A partir dos micro-dados do Censo da Educação Básica - 2009 a 2012, e informações complementares fornecidas pela diretoria de ensino de Bragança Paulista, Lima & Laplane

(2016) investigaram as condições de escolarização de 96 alunos com TEA no município de Atibaia: acesso e permanência desses sujeitos na escola e os apoios terapêuticos e educacionais acessíveis aos mesmos.

Os resultados evidenciaram que o autismo aparece como a quarta deficiência mais frequente de matrícula, tendência observada, no geral, em outros municípios, estados e no Brasil, afirmam as pesquisadoras. Havia maior predominância de matrícula na faixa etária de 6 a 20 anos; em 2010, começam a aparecer matrículas de alunos com idade entre 26 a 40 anos. No ano de 2009, a maioria dos alunos com TEA estava matriculada na rede estadual de ensino, mas, nos anos seguintes, a rede municipal (ensino comum) e rede privada (Educação Especial/APAE) assumiram as matrículas de forma crescente. Desse modo, a rede municipal passou a concentrar as matrículas nos anos iniciais do Ensino Fundamental regular, porém a mudança de etapa – para o EF-II, e de rede – da municipal para a estadual, ocasionaram muitas desistências decorrentes da ausência de apoio pedagógico especializado na rede estadual aos alunos com TEA.

A análise das trajetórias escolares evidenciou elevada evasão escolar, em especial dos alunos dos anos finais do Ensino Fundamental da rede municipal. Havia mais trajetórias incompletas – matrículas aparecem apenas no ano de 2009, por exemplo, e parciais – matrículas que desaparecem num determinado ano e reaparecem no ano seguinte, do que trajetórias completas – matrículas constavam nos quatro anos do período estudado (apenas 6 dos 96 alunos). A retenção era baixa; na rede municipal só havia retenção caso alguma instância legal afirmasse, por dados clínicos, que o aluno não poderia progredir para a série ou ano seguinte. De uma maneira geral, o processo de escolarização de alunos com TEA não se conclui e poucos chegam ao ensino médio; alunos matriculados nas séries e anos correspondentes à idade, não frequentavam, necessariamente, as turmas regulares em que estavam registrados.

A escola de Educação Especial do município/APAE mantinha oito salas para aluno com TEA, em classes com quatro alunos, totalizando, portanto, 32 alunos. O atendimento educacional era focado no currículo funcional, utilizando métodos de comunicação alternativa, e eram acompanhados por pedagoga com especialização em Educação Especial. O encerramento do atendimento pela Instituição era decidido pelos pais; o aluno era encaminhado para internação quando a instituição se declarava incapaz para lidar com os seus comportamentos.

O conjunto dos dados sinalizou importantes dificuldades no processo de escolarização desses alunos, assim como o distanciamento dos princípios e metas da educação inclusiva legalmente garantidas.

A inclusão de alunos com TEA na rede municipal de ensino de Maceió, sob a perspectiva de seus professores, foi investigada por Ribeiro & Melo (2017), com participação de 26 professoras e 2 auxiliares de ensino, de 22 escolas, que atendiam 30 estudantes com TEA, cujos dados coletados e analisados espelham como tem ocorrido a escolarização desses alunos naquela rede, bem como a qualidade da Educação Especial oferecida ao seu público-alvo, portanto, não apenas ao aluno com TEA.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados: (1) entrevista semiestruturada com questões referentes à (ao): (a) idade, diagnóstico e ano em que o estudante estava matriculado; (b) apoio recebido pelo professor e pelo estudante; (c) atendimentos recebidos pelo estudante na SRM ou outros atendimentos); (d) formação dos professores para o ensino de estudantes com TEA; (e) aspectos relacionados à prática pedagógica para toda a classe e para o aluno com TEA (planejamento, materiais e avaliação); (f) aspectos relacionados à participação do estudantes (frequência, participação nas atividades, comportamentos durante as aulas, interação com colegas e acompanhamento da escolarização por sua família), e (2) escala Childhood Autism Rating Scale (CARS) que foi preenchida pelas professoras dos alunos com TEA, cuja pontuação final obtida por cada estudante classificou o desenvolvimento dos mesmos em normal, autismo leve/moderado ou autismo severo.

Os 30 alunos participantes da pesquisa foram assim caracterizados: 90% do gênero masculino; idade entre 3 e 13 anos; frequentavam a Educação Infantil (50%), anos iniciais do Ensino Fundamental (47%) e apenas a SRM (1 aluno). Quanto ao diagnóstico: 24 foram indicados pela Secretaria Municipal de Educação do município como tendo TEA e os outros 6 foram indicados pela direção das escolas – diagnóstico fechado (2 alunos) e suspeita de TEA (4 alunos). Pesquisadores afirmam que dentre os 24 alunos indicados pela Secretaria da Educação, 6 deles não apresentaram pontuação referente ao autismo, conforme resultados obtidos na escala CARS. Quanto à correspondência entre a idade e ano escolar matriculado, observou-se defasagem: 73% na Educação Infantil/pré-escola; apenas um aluno do Ensino Fundamental estava matriculado em ano escolar correspondente à sua idade, os demais (93%) estavam matriculados em anos escolares que não correspondiam às suas idades.

Das 22 escolas participantes, 73% (16) mantinham SRM, enquanto as outras 6 (27%), embora tenham sido contempladas com os materiais necessários para sua implantação, não o fizeram por falta de espaço, portanto, não ofereciam o AEE; 87% dos alunos da Educação Infantil e do Ensino Fundamental frequentavam centros especializados no atendimento ao aluno com TEA; alguns realizavam atendimento individualizado com fonoaudiólogos, psicólogos e equoterapia.

Quanto à participação dos alunos nas atividades propostas para a classe, têm-se: 20% do Ensino Fundamental participavam sempre, com ritmo mais lento; 67% da Educação Infantil e 53% do Ensino Fundamenta participavam às vezes. Os motivos alegados pelos professores para a não participação foram: dificuldades do aluno; comportamentos difíceis; pouco tempo de concentração; efeitos de medicação; as professoras classificaram como difíceis os comportamentos de gritar, chorar, jogar-se no chão, sair da sala de aula; empurrar; morder; chutar e beliscar colegas.

A pesquisa evidenciou deficitária formação específica dos professores, com uma quase ausência de planejamento, materiais e avaliações diferenciados; nenhum dos 26 professores tinha formação em TEA: apenas 13% dos alunos eram atendidos por meio de um planejamento diferenciado; materiais diferenciados eram utilizados na Educação Infantil (40%) e no Ensino Fundamental (47%); apenas 20% dos alunos do Ensino Fundamental eram avaliados de maneira diferenciada. Quanto ao planejamento do ensino, 2 professores do Ensino Fundamental informaram que havia planejamento específico para os alunos com autismo, porém, era elaborado pela direção da escola ou pelo professor do AEE, sem a participação dos mesmos, evidenciando ausência de trabalho colaborativo entre os profissionais.

Em relação aos apoios recebidos, a maior parte desse apoio era para toda a turma/classe (85% na Educação Infantil e 67% no Ensino Fundamental); 33% dos professores do Ensino Fundamental recebiam apoio de familiares (mãe ou irmã) dos alunos ou de outros profissionais da escola (merendeira, por exemplo).

No que se refere ao AEE, 27% das escolas não tinham a SRM, como acima colocado; 3 alunos não recebiam esse atendimento em escolas que tinham o recurso; um aluno era atendido no mesmo horário da aula regular, contrariando a legislação, que afirma que a oferta desse atendimento é obrigatória, e que deve ser ofertado no contra turno ao da sala de aula regular. São dados que reafirmam que o ensino oferecido aos alunos com TEA está aquém do estabelecido pela legislação.

Em síntese, a inclusão do aluno com TEA na rede de ensino municipal de Maceió não tem cumprido um de seus pressupostos principais, que é a promoção da aprendizagem desses alunos por meio da atenção individualizada, com uma rede que sugere importante precariedade na oferta de escolarização do aluno com TEA.

Não menos preocupantes são os resultados de pesquisa realizada por Bianchi (2017), que investigou as possibilidades e dificuldades enfrentadas por docentes na escolarização de três alunos com TEA, matriculados nos anos iniciais do Ensino Fundamental em três diferentes escolas municipais no interior do estado de São Paulo. Participaram da pesquisa professores do ensino regular (3), professores do AEE (3) e coordenadoras pedagógicas das escolas (3). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com as profissionais referidas.

Sobre a Educação Especial do município, a pesquisadora informou que até o final de 2014 ainda mantinha o sistema segregado de ensino, com atendimento dos alunos com deficiência em classes especiais, e salas do SAPE – Serviço de Apoio Pedagógico Especializado, que atendia no contra turno alunos matriculados na sala regular que apresentavam algum distúrbio ou defasagem de aprendizagem. No ano em que os dados foram coletados, em 2015, acrescenta, a Educação Especial do município estava em processo de readequação às políticas de inclusão, embora as classes especiais continuavam em funcionamento. Importante demarcar que o SAPE funcionava nos moldes do AEE, mas sem observar o público-alvo da Educação Especial, dado que crianças com defasagem de aprendizagem eram atendidas pelo serviço.

As professoras do ensino comum, com 5, 20 e 24 anos de experiência docente, enfatizaram que a formação inicial não foi suficiente para capacitá-las para o atendimento de casos de inclusão no geral, e nem da criança com TEA. As professoras que atuavam na Educação Especial, com 9, 17 e 20 anos de experiência na área, expressaram insegurança para o atendimento do aluno com TEA: “Não, como o curso que fiz na época era para trabalhar com surdez não tinha nada sobre autismo”; “Suficiente não, me deu uma base, mas não ensinou tudo o que precisava. Na pós [psicopedagogia clínica] acho que tinha alguma coisa de autismo, mas não lembro certinho, não”. Esta última professora não era habilitada para atuar como professora especialista: “Eu fiz a pedagogia com enfoque inclusivo. Na época, a minha carga horária de educação inclusiva permitiu que eu assumisse o cargo na educação especial. [...]”. As coordenadoras pedagógicas, com 1 e 8 anos de experiência na função, informaram que quando professoras tiveram experiência com alunos com deficiência, mas apenas uma delas com aluno com características do autismo. (BIANCHI, 2017, p.58-59).

Apenas uma das professoras do ensino comum informou ter obtido algum conhecimento sobre TEA durante a formação inicial, enquanto as demais, inclusive as que atuavam na Educação Especial em classe especial e no SAPE, assim como as coordenadoras, obtiveram conhecimentos, especialmente em formação continuada oferecida pela rede municipal. Na descrição do transtorno, pelas profissionais, tem-se, como exemplos: “[...] é muito difícil trabalhar com essas crianças porque são muito agitadas e vivem no mundo delas, e não se podem socializar”; “[...] parece incomodado na escola, parece que nunca irá avançar”; “[...] o que falam é que é uma pessoa que não se comunica e vive presa no mundo dela, nunca me debrucei para estudar sobre o tema”. E ainda: “[...] uma deficiência bem complexa e difícil de lidar e de incluir [...] porque autistas mudam de humor muito rápido [...]”; “[...] geralmente são pessoas agressivas e que não aprendem muito”. (BIANCHI, 2017, p. 67 e 70, grifo nosso).

Sobre o posicionamento das profissionais em relação à inclusão do aluno com TEA, apenas 3 das 6 professoras foram favoráveis, e assim se manifestaram sobre a forma como se dá na rede municipal: “[...] a gente não tem muito respaldo e isso não é só com os deficientes, mas com todas as crianças [...] ele vai na psicóloga e ninguém me dá a devolutiva, ninguém me orienta, estou sozinha na sala, a moça que tinha que ficar com ele direto mandam substituir em outra sala. Então, eu me sinto sozinha, me sinto falha com ele, e ele merecia mais”; “[...] sou a favor da inclusão de autistas, trabalho com isso, sou fascinada por eles, mas até eu da Educação Especial tenho muitos receios, imagina o da sala regular! [...] falta orientação, falta apoio [...]” (BIANCHI, 2017, p. 74, grifo nosso).

Os maiores desafios para o trabalho com o aluno com TEA foram apontados pelas professoras que se mostraram favoráveis à inclusão: “a falta de concentração da criança e a falta de alguém para acompanhá-la o tempo todo, a falta de formação e de condições para trabalhar com a criança, pois não sei como trabalhar com ele”; “demora até descobrir se a estratégia é boa ou não, inclusive uma mãe preferiu levar a filha para a APAE porque lá elas sabem como trabalhar com o autismo”; “a formação do professor, porque vários pais já me disseram que têm medo de deixar o filho [na escola] porque ninguém sabe lidar com ele, e ficamos de mãos atadas”. (BIANCHI, 2017, p. 75, grifo nosso).

As demais profissionais verbalizaram ser contrárias ou parcialmente favoráveis à inclusão da criança: “sou contra, não acho certo, ele não faz nada, não brinca, nem nada, e interroga: qual o sentido de deixar uma criança assim na escola? ”; “eu até gostaria de ser a favor, mas não gosto do jeito que está sendo feita, parece que criaram as leis [...] mas pularam a parte de

ensinar o professor a trabalhar, agora nós da Educação Especial ficamos sem os nossos alunos e acabamos muitas vezes por perder nossa identidade; [...] a escola está perdida” (p. 78); [...] nunca vi nada assim, é angustiante porque ele chora e ri ao mesmo tempo e eu não sei o que ele quer. Não sei o que a mãe espera colocando ele na escola [...]”. (BIANCHI, 2017, p. 94, grifo nosso).

Jogos e curso de formação continuada foram apontados como apoios fornecido pela Secretaria de Educação do município, cursos esses destinados às coordenadoras e professoras que atuam na Educação Especial, que têm a responsabilidade de disseminar seus conteúdos junto às professoras do ensino comum. “[...] depois elas falam meio por cima o que foi falado, dão uns textos pra gente ler em HTPC, mas a gente mesmo não fica sabendo de mais nada, bem dizer, acaba não virando nada esses cursos, os textos são péssimos” (professora); “mas nada prático, tudo meio por cima e rápido e depois compartilhamos com as colegas” (coordenadora); “Estou na rede desde 1990, e essa é a primeira vez que uma secretaria busca cursos sobre o assunto, é tudo muito novo ainda não tivemos nada específico”(coordenadora). (BIANCHI, 2017, p.85 e 86, grifo nosso).

As estratégias metodológicas utilizadas pelas professoras do ensino regular, com objetivo de incluir o aluno se resumem ao estabelecimento de rotinas, mas difícil de cumprir quando não se tem apoio em sala de aula, afirmaram. Por sua vez, as coordenadoras afirmaram suas dificuldades em dar apoio ao professor:

[...] apesar de demonstrarem empenho em auxiliar as docentes, não conseguem desempenhar plenamente seu papel porque como afirmam, **não possuem conhecimento suficiente sobre o assunto para fornecerem apoio às professoras**, o que percebe é que todas as coordenadoras tendem a retransmitir o material que lhes foram entregues nos cursos, **muitas vezes sem nem conhecer o conteúdo**. (BIANCHI, 2017, p. 92, grifo nosso).

Por fim, ao serem indagadas sobre como deveria ser realizado o trabalho com aluno autista para que sua inclusão se concretize, as professoras do ensino regular assim se manifestaram:

Então, agora você me pegou. [...]. Tem que ter adaptações de materiais e até das aulas, [...]. No mínimo esse menino precisaria de um atendimento com a fono, com a psico, **só a escola não está dando conta nem de fazer o trabalho dela de ensinar, que dirá atender essas crianças deficientes, e piorou quando tem autismo que tudo é mais difícil**.

Eu não consigo ver crianças como o K. sendo incluídos, não entendo muito os autistas, mas a meu ver para acontecer a inclusão **o aluno tem que participar de tudo na escola, tem que fazer igual aos outros**. Como uma criança que não fala? Não brinca

e não consegue fazer nada de atividade pode participar? [...]. Se não vai ser sempre isso de pegar na mão e fazer ele escrever algo que não tem sentido pra ele.

[...] no caso do G. sinto que falta alguém que ajude ele a se concentrar mais e também se aproximar das outras crianças, **ele fica sempre sozinho e isolado**, não vejo isso como sendo inclusão.

[...] precisa do envolvimento de todo mundo, **não dá pra esperar que só de ficar com os outros uma criança com autismo consiga se desenvolver sozinho**. E também acho que **precisa de investimento em recursos humanos e em capacitações para todos os professores, além de um apoio maior da equipe gestora**. (BIANCHI, 2017, p. 98, grifo nosso).

Segundo a pesquisadora acima, a investigação possibilitou constatar alguns entraves (otimista!) relacionados à formação inicial e continuada dos docentes, manifestos no trabalho com alunos com TEA. Os dados gerais da pesquisa nos autorizam a afirmar que o maior entrave está na própria política de Educação Especial do município, que mantinha, ainda em 2017, o modelo de classe especial, sem observar, inclusive, o perfil do aluno atendido pelo SAPE (“algum distúrbio e defasagem na aprendizagem”). A precária formação dos profissionais da educação atuantes no município, e não só do professor do ensino regular e especializado, sinaliza para o desserviço prestado pela rede no atendimento ao aluno com TEA, e, infere-se, aos alunos com outras deficiências – os dados falam por si! A atuação da Secretaria de Educação do município é ilustrativa da “inclusão excludente”, assim como ocorre na rede municipal de ensino de Maceió, investigada por Ribeiro & Melo (2017), e, possivelmente, em outras redes.

A implementação das políticas federais de inclusão, por meio do AEE oferecido em SRM e em centros de AEE, foi investigada por Pletsch (2012) em nove redes de ensino da Baixada Fluminense, no período de 2009 a 2012, como já referido no capítulo anterior, e se voltou à análise das práticas adotadas pelas redes. Por se tratar de investigação de redes de ensino, os dados são reveladores e preocupantes, como evidenciado no mapeamento das dificuldades e contradições na efetivação da oferta do AEE, realizado a partir de dados coletados em entrevistas com os gestores da área da Educação Especial das redes de ensino.

Na contramão das premissas federais sobre o AEE, os resultados evidenciaram que falta clareza sobre como realizar o AEE, assim como sobre o papel e a formação do profissional que responde por esse atendimento; os serviços segregados em escolas e classes especiais continuam ocupando espaço considerável na escolarização de alunos com NEE, em especial aqueles com deficiência múltipla e intelectual, em detrimento do cumprimento dos dispositivos

legais que preveem que o mesmo deve ocorrer em SRM e em centros de AEE – escolas especiais convertidas em centros de apoio educacional.

A manutenção de escolas e classes especiais foi defendida pela maioria das gestoras das escolas como *locus* preferencial para a escolarização do aluno com deficiência mais acentuada, dada a ausência de estrutura das escolas regulares, que, segundo a pesquisadora, este é também o posicionamento de gestores do município do Rio de Janeiro, conforme investigação por ela realizada anteriormente. A autora cita municípios e estados brasileiros, investigados por outros pesquisadores, que continuam estabelecendo convênios com escolas/instituições especializadas para promover a escolarização de alunos com deficiência mental, como o Município de Florianópolis/SC, Espírito Santo, Paraná, o que denota, afirma a pesquisadora, que a manutenção de escolas e/ou classes especiais não é apenas uma realidade exclusiva das redes por ela pesquisada. Afirma que o motivo da opção de grande parte das famílias pela matrícula de sua criança em instituição especializada, se dá por esta oferecer, na maioria das vezes, a escolarização e o atendimento clínico. Motivo também alegado pelas nove gestoras entrevistadas ao defenderem os Centros de Referência em Educação Especial – oferecidos por seis das redes, ou de escolas especiais, que assumem atividades de escolarização e realizam atendimentos clínicos de áreas diversas, inclusive odontologia, considerados importantes pelas gestoras, dada a falta de vagas no sistema público de saúde da região, extremamente precário. Em muitos desses centros, como pôde ser constatado pela pesquisadora, o peso maior é atribuído aos atendimentos clínicos e atividades manuais e de vida diária, em detrimento de atividades pedagógicas, em especial para os alunos com deficiências mais acentuadas e fora da faixa etária do ensino regular; a solução para este grupo, por parte de algumas redes, tem sido a formação de turmas denominadas de “EJA especial” (PLETSCH, 2012, p.154).

A pesquisa evidenciou que, no geral, as instituições especializadas têm realizado avaliações e emitido laudo de identificação da deficiência do aluno, que continuam sendo usados em larga escala como parâmetro para o encaminhamento dos avaliados para diferentes atendimentos educacionais. Tais avaliações em mãos de profissionais da educação, em especial o professor, que tende a centrar-se nos déficits e nas características biológicas da deficiência, dificultam ou impedem que se vislumbrem possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento da criança, a depender da natureza de sua deficiência. Na literatura dos anos de 1980 e 1990, a concepção terapêutica da deficiência era hegemônica, mas, como reiterado por resultados de outras pesquisas, afirma a autora, essa concepção ainda não foi superada nas redes de ensino.

Os problemas enfrentados pelas redes para implementar o AEE são diversos, como apontados no capítulo anterior, e um desses problemas está na formação inicial e continuada do professor, cuja existência de programas oferecidos pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI), eram conhecidos apenas por dois dos nove gestores.

A falta de formação inicial e continuada de professores é um problema reiterado desde os anos noventa pela maioria dos estudos sobre inclusão escolar (PLETSCH, 2009; 2011; CAIADO, JESUS, BATISTA, 2011, entre outros). [...]. Os cursos de formação inicial, em sua maioria, oferecem apenas uma disciplina na área de Educação Especial (ou educação inclusiva), o que é insuficiente para formar adequadamente professores sobre o desenvolvimento e as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais. Do mesmo modo, tais cursos, em sua maioria, não ensinam estratégias e técnicas específicas necessárias para a educação de muitos desses sujeitos como, por exemplo, LIBRAS, Braille e comunicação alternativa. Além disso, como sinalizado por Bueno (1999), Pletsch (2009, 2010) e Mendes (2011), os cursos de formação inicial focam em grande medida nas dificuldades específicas das deficiências dos alunos. Dessa forma, resultando em docentes especializadas em déficits com pouco conhecimento sobre as demandas de atuação do professor do ensino básico (PLETSCH, 2012, p. 156-157).

Embora reconheça as iniciativas oficiais, a pesquisadora demarca que são necessárias diretrizes mais pontuais para a formação inicial de professores na perspectiva da educação inclusiva, assim como do professor especialista, bem como formação continuada, com destaque para a atuação colaborativa deste último com o professor do ensino regular, como demandado pelo AEE, conforme atribuições definidas na legislação.

Mesmo os gestores se manifestando favoráveis à política de educação inclusiva impulsionada pelo MEC, vivenciam uma prática com muitas fragilidades, marcada por dificuldades diversas para implementar essa política, com precária oferta do AEE: por não acesso a todos os recursos disponibilizados para as SEM; ausência de formação adequada do professor para atuar no AEE; falta de acessibilidade física e transporte adaptado, entre outros problemas, não menos relevantes. “Tais questões não podem mais ser desconsideradas na elaboração de políticas públicas educacionais e de formação de professores, sob pena de se incrementar, perversamente, a exclusão no interior das salas de aula, ainda que sob o discurso inclusionista”. (PLETSCH, 2012, 159).

A pesquisa indicou que não basta defender políticas radicais de inclusão escolar tendo como alternativa única o atendimento educacional especializado em salas de recursos multifuncionais ou centros especializados, pois existe uma distância enorme entre as diretrizes do Ministério da Educação e a realidade social e institucional dessas redes de ensino. [...]. Ou seja, é preciso resolver os problemas gerais da educação, como exemplo, o grande número de alunos em sala de aula, a falta de conhecimentos dos professores para atuar com a diversidade do alunado presente nas escolas, mas,

sobretudo, resolver os problemas históricos da não aprendizagem dos conhecimentos científicos produzidos pela humanidade. Esses problemas continuam afetando milhões de crianças e jovens de nosso país. (PLETSCH, 2012, p. 158).

Iniciamos este capítulo com contribuições de natureza metodológica – programas educativos e currículo para o aluno com TEA, cujo conteúdo mantém relação direta com o primeiro capítulo das bases teóricas deste estudo, que trata dos aspectos clínicos relacionadas ao diagnóstico, avaliação e desenvolvimento atípico da criança com TEA, que são conhecimentos fundamentais para se planejar e implementar intervenções educacionais junto à criança, a partir da avaliação, pelo professor, de suas singularidades – perfil de aprendizagem e desenvolvimento. Entretanto, outras condições devem se fazer presentes na organização e funcionamento das instituições de ensino públicas integrantes da Educação Básica, afeitas à implementação de políticas públicas.

Resultados das pesquisas incorporadas neste capítulo ilustram como vem ocorrendo o processo de escolarização dessa criança em algumas redes de ensino municipais, e em escolas, assim como evidenciam os desafios a serem enfrentados que, a considerar a política educacional brasileira para a área da Educação Especial, tratada no capítulo três, deve ter como *locus* a classe comum do ensino regular, com apoio do AEE. Os resultados das pesquisas evidenciam, ainda, o quanto a educação inclusiva da criança com TEA encontra-se distante da retórica de suas bases legais. Trata-se de importante hiato que tem ecoado no cotidiano das redes municipais de ensino, em suas escolas, nas salas de aulas regulares, nas SRM, “penalizando” seus profissionais, especialmente, os professores e, principalmente, os alunos com TEA e suas famílias. Aspecto relevante a ser destacado, e sinalizado por alguns pesquisadores do campo da Educação Especial, refere-se à necessária proposição de políticas públicas integradas entre as áreas da saúde e da educação, capazes de atender às demandas da criança com TEA, que não são apenas de natureza educacional.

Finalizamos, assim, a fundamentação teórica deste estudo, demarcando que não há consenso na literatura sobre o *locus* do atendimento da criança com TEA – escola regular ou escola especializada – e, principalmente, demarcando a presença de frágeis e genéricas defesas de sua inclusão na escola regular, movidas, sugere-se, mais por posicionamentos ideológicos do que por sustentação em evidências empíricas.

O capítulo que segue trata dos aspectos metodológicos desta pesquisa, onde anunciamos nossa “entrada” no município de Embu das Artes e em sua rede de ensino, a fim de mapear o

alunado com TEA atendido pela rede e conhecer aspectos gerais da política de Educação Especial inclusiva do Município.

5. MÉTODO

A fim de dar início ao processo legal que um projeto de pesquisa de doutorado exige, e após autorização da pesquisa pelo Secretário de Educação do Município, a pesquisadora foi apresentada ao Secretário (Anexo A) pelo orientador e coorientador da pesquisa, oficializando, assim, sua presença na rede de ensino. Em reunião, a pesquisadora apresentou o projeto ao Secretário e solicitou autorização para iniciar conversas com a coordenadora da Educação Especial a fim de dar início ao processo de investigação na rede de ensino, informando-o também sobre todos os procedimentos éticos, e que o projeto estava, naquele momento, em avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

A abordagem metodológica da pesquisa é de natureza qualitativa (LÜDKE; ANDRÉ, 1996; CHIZZOTTI, 1995) e quantitativa, e envolveu dados coletados junto aos alunos com TEA, professores da SAED e pais ou responsáveis pelos alunos com TEA, matriculados na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. Os contatos com pais e professores foram iniciados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, Parecer Consubstanciado do CEP 80905717.1.0000.0084.

5.1. ESCOLHA DO LOCAL

A escolha do município de Embu das Artes/SP se deu pelo fato da pesquisadora ter desenvolvido ações comunitárias no mesmo, e por estar vinculada a um grupo de pesquisa na instituição onde atua como docente do Ensino Superior, grupo esse que tematiza a inclusão escolar de alunos com deficiência. A partir dessas vivências, vislumbrou-se possibilidades de contribuir com a pesquisa de doutorado face aos desafios que envolve a temática da inclusão escolar de alunos com TEA, que tem causado preocupações e inquietações por parte da Secretaria de Educação do Município, professores e pais, em decorrência do aumento de matrículas.

A eleição desse Município para a realização da pesquisa empírica justifica-se por alguns condicionantes: a) está localizado a uma distância de aproximadamente 33,5 km do marco zero da capital paulista, e, conseqüentemente, muito próximo à Universidade Presbiteriana Mackenzie, campus São Paulo; b) a população do Município está concentrada na zona urbana, o que facilita o acesso de todos à educação básica; c) a política municipal de educação contempla a área de Educação Especial, com planos e estratégias voltados aos alunos com NEE;

d) a rede municipal de ensino atende número representativo de alunos com NEEs e, dentre estes, alunos com TEA.

Antecedendo aos demais percursos metodológicos, apresentamos o *lócus* da pesquisa.

5.2 MUNICÍPIO DE EMBU DAS ARTES/SP – *LOCUS* DA PESQUISA

Embu das Artes é um município da Região Metropolitana de São Paulo, localizado na Zona Sudoeste da Grande São Paulo, com população estimada pelo IBGE (2017) de 267.054 habitantes, distribuída em área é de 70,1 km².

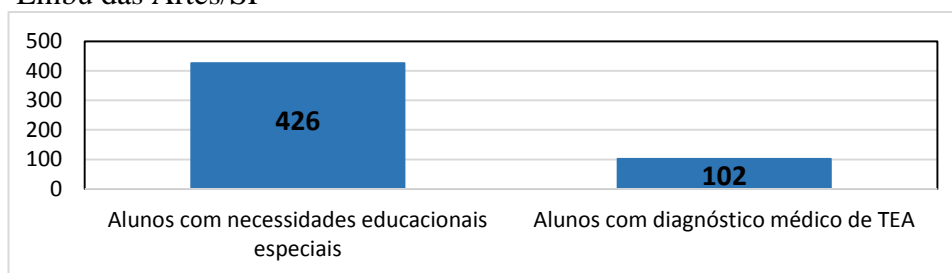
Criado em abril de 1880, como distrito subordinado ao município de Itapeverica da Serra, com a denominação de MBoy, passou a ser denominado, em 1938, por Embu; em 1959 foi elevado à categoria de município, quando se emancipou de Itapeverica da Serra; em 06/09/2011 passou a ser denominado Embu das Artes – instância turística. Consultas em sites do Município informam que o povoado inicial de Embu das Artes só começou a se desenvolver a partir do século XVII, situado em terras de uma fazenda que pertencera a Fernão Dias Paes Leme, grande proprietário da região. Em 1624, contou com importante impulso oferecido pelo cultivo do algodão em grande escala, cuja produção manufaturada era enviada para grandes centros, como Rio de Janeiro e Bahia. No entanto, o prestígio de Fernão Dias junto à corte portuguesa perdeu forças em meados do século XVIII, quando os jesuítas foram expulsos do Brasil. Nesse período de declínio, a vida do lugarejo passou a girar em torno de uma pequena atividade agrícola e da exploração de lenha e de carvão. À época, a principal atividade econômica do Brasil era o café e as terras de Embu das Artes eram impróprias para a cafeicultura, tendo entrado em um período de retração econômica que durou até meados do século XX, quando a capela e o convento locais foram tombados. A partir desse momento, a comunidade local, liderada por Annis Neme Bassith, começou a desenvolver as atividades artísticas, explorando o turismo como fonte de renda do Município. Em 2012, os principais setores industriais do Município eram: confecção de peças de vestuário; reforma de pneumáticos usados; decoração, lapidação, gravação, vitrificação e outros trabalhos em cerâmica, louça, vidro e cristal; metalurgia de metais não-ferrosos e suas ligas, fabricação de ferramentas e de móveis. Seus principais produtos agropecuários, em 2012, eram: cultivo de soja e outros cereais não especificados; criação de animais de estimação; cultivo de flores e de plantas ornamentais e produção de pintos de um dia. Em 2015, o salário médio mensal da população era de três salários mínimos, com 18,7% de pessoas ocupadas em relação à população total; 36,2% dos domicílios tinham rendimentos mensais de até meio salário per capita mínimo; o Plano de Governo do Município (2017- 2020)

informa que tinha “mais de 42 mil jovens desempregados, o que representa mais de 64% de toda população jovem entre 15 e 29 anos, economicamente ativa”.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

No início de agosto de 2017, após levantamento realizado pela coordenadora da Secretaria de Educação Especial do Município, foi apresentada lista com 77 alunos com diagnóstico de TEA cadastrados na Gestão Dinâmica de Administração Escolar (GDAE): 59 meninos e 18 meninas, matriculados em escolas do Município. Em novo rastreamento realizado pela coordenadora no mês de setembro, com a finalidade de confirmar os dados, do total de 426 alunos atendidos pela Educação Especial, foram identificados 102 alunos (23,94%) com o referido diagnóstico: 75 meninos (73,5%) e 27 meninas (26,5%), grupo participante desta pesquisa. Todos os pais ou responsáveis foram convidados para comparecer na escola para entrevista com médico com o objetivo de traçar o perfil de saúde dos alunos. Atenderam ao convite 54 pais ou responsáveis. Assim, a partir desta sub amostra, serão apresentados os resultados do perfil de saúde dos alunos. Além disso, participaram as 23 professoras que respondem pelas Salas de Apoio ao Estudante com Deficiência (SAED).

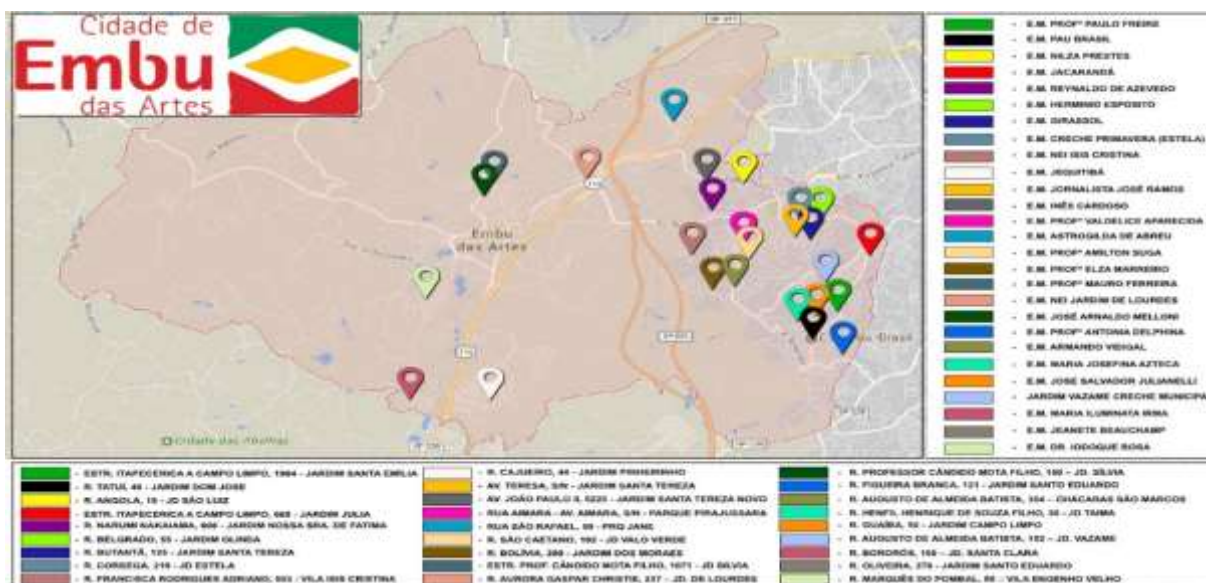
Gráfico 4. Alunos com diagnóstico de TEA na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP



Fonte: a autora (2018).

Na figura que segue, tem-se a localização das 27 escolas frequentadas pelos 102 alunos com diagnóstico de TEA, e seus respectivos endereços.

Figura 1. Mapa do município de Embu da Artes/SP: localização das escolas frequentadas por alunos com TEA



Fonte: a autora (2018).

5.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após autorização pelo Secretário de Educação para iniciar os contatos com a Secretaria de Educação Especial, a pesquisadora e orientadores desta pesquisa, em reuniões agendadas pela Secretaria de Educação, apresentaram o projeto aos pais dos alunos com TEA, professores da SAED, coordenadores da Educação Especial e equipe multidisciplinar composta por médicos, psicólogos e fonoaudiólogos. Nos encontros, dúvidas sobre o projeto foram esclarecidas e os professores tiveram acesso aos instrumentos de coleta de dados que serão especificados abaixo.

Na sequência, trazemos os procedimentos e instrumentos utilizados na coleta de dados.

A – Mutirões

Os mutirões foram organizados em reunião entre a pesquisadora e a coordenadora da Educação Especial do Município. O convite aos pais para participação nos mutirões, conforme orientação da coordenadora, foi feito pelas professoras da SAED, por terem contato direto com os mesmos.

Participaram pais ou responsáveis por 54 alunos – sexo masculino (41) e feminino (13), que foram convidados a comparecer em dia e hora marcada para entrevistas com médico da Clínica TEA-MACK, em escolas/polos de atendimento, organizados segundo critérios de

proximidade e de localização da escola que o aluno frequentava. Foram realizadas 17 visitas em 5 escolas/polos (Tabela 1).

Tabela 1. Escolas polos dos mutirões

Polo	Escola frequentada pelo alunado	Sexo dos alunos		
		Fem.	Masc.	Total
1	A /B /C /D	3	9	12
2	E /F /G /H	7	13	20
3	I /J /K /L /M	0	6	6
4	N /O /P /Q /R /S /	3	5	8
5	T /U /V /X /Y /W	0	8	8
Total geral		13	41	54

Fonte: a autora (2018).

Para a organização dos dados da pesquisa e para manter o sigilo da identidade dos alunos, cada um deles foi identificado com a letra “C” acrescida de números progressivos, cuja numeração respeitou a sequência com que os dados foram fornecidos pela Secretaria de Educação Especial do Município. Para manter o sigilo as escolas foram identificadas por letras. A identificação dos 54 alunos no quadro abaixo reproduz a identificação que consta nos quadros dos Apêndices A e B – Caracterização pessoal e dados escolares dos alunos com TEA da rede municipal de ensino de Embu das Artes e caracterização clínica do aluno com TEA da rede municipal de ensino de Embu das Artes.

Os mutirões ocorreram no ano de 2017, nos meses de outubro a dezembro e, em 2018, nos meses de março a junho, e agosto a setembro, conforme abaixo. Em todas as visitas havia dois pesquisadores voluntários da UPM, o médico geneticista do TEA-MACK e a pesquisadora.

Quadro 4. Mutirões em escolas da rede municipal de ensino de Embu das Artes - 2017 - 2018

Nº	Aluno	Sexo	Data dos mutirões
1	C1	M	12/03/2018
2	C2	M	11/06/2018
3	C3	F	12/03/2018
4	C4	M	12/03/2018
5	C6	M	19/03/2018
6	C11	F	07/05/2018

7	C13	M	11/09/2018
8	C15	M	19/09/2018
9	C17	M	07/05/2018
10	C20	M	16/04/2018
11	C21	M	11/06/2018
12	C23	M	07/05/2018
13	C24	M	12/03/2018
14	C28	M	24/11/2017
15	C29	M	24/11/2017
16	C31	M	16/04/2018
17	C36	M	11/09/2018
18	C37	M	02/04/2018
19	C39	F	02/04/2018
20	C40	F	02/04/2018
21	C41	M	02/04/2018
22	C43	M	24/11/2017
23	C45	M	11/09/2018
24	C46	F	27/09/2018
25	C47	F	07/05/2018
26	C48	M	18/09/2018
27	C49	M	19/04/2018
28	C50	M	16/04/2018
29	C51	M	19/04/2018
30	C52	M	16/04/2018
31	C55	M	06/09/2018
32	C56	M	11/06/2018
33	C63	M	02/04/2018
34	C65	F	12/03/2018
35	C66	M	19/03/2018
36	C67	M	06/09/2018
37	C69	M	07/05/2018
38	C70	M	02/04/2018
39	C71	M	02/04/2018
40	C72	M	02/04/2018
41	C76	F	03/10/2017
42	C79	M	20/10/2017
43	C80	M	20/10/2017
44	C81	M	20/10/2017

45	C82	M	20/10/2017
46	C86	F	03/10/2017
47	C87	F	20/10/2017
48	C89	F	19/10/2017
49	C90	F	11/09/2018
50	C93	M	03/10/2017
51	C94	F	20/10/2017
52	C97	M	19/04/2018
53	C100	M	24/11/2017
54	C102	M	11/09/2018

Fonte: a autora (2018)

Nos mutirões foram utilizados três instrumentos para levantamento de dados, demarcando-se que os mesmos permitem obter informações com confiabilidade aceitável, e que todo o processo se fundamenta em experiência acumulada pela clínica TEA-MACK em funcionamento desde 2005 (VELLOSO et al., 2011; BRUNONI et al., 2015; GARCIA et al., 2016). Seguem os instrumentos.

- **Ficha de Triagem “Mutirões Embu das Artes”** (Anexo E) utilizada para conhecer o histórico clínico da criança, histórico da família, especificações do TEA e o nível de gravidade do quadro.
- Identificação e Informações Gerais sobre os Alunos com o Diagnóstico ou Suspeita Diagnóstica de TEA – **Questionário Obstétrico** (Anexo F), utilizado para o levantamento de eventos que aconteceram durante a gestação, nascimento e na vida pós-natal, baseado em Bryson; Smith & Eastwood, 1988. São 50 questões que abordam diversas intercorrências que podem estar relacionadas com o desfecho clínico. O questionário é seguido por anamnese aberta que permite obter informações do crescimento e desenvolvimento do sujeito da pesquisa, do nascimento à idade atual. As variáveis foram discriminadas no momento da entrevista com os pais ou responsáveis. O método é exclusivamente baseado na informação trazida pelo entrevistado. No caso de haver alguma informação relevante, como algum resultado de exame genético ou atestado médico, marcou-se entrevista subsequente.

- **Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP: critérios de classificação econômica do Brasil** (Anexo G), que estabelece um padrão para classificar os extratos sociais, no caso desta pesquisa, o pertencimento socioeconômico das famílias dos alunos com TEA.

As variáveis foram discriminadas no momento da entrevista com os pais ou responsáveis. O método é exclusivamente baseado na informação trazida pelo entrevistado. No caso de haver alguma informação relevante, como algum resultado de exame genético ou atestado médico, marcou-se entrevista subsequente.

B– Escala de Rastreio Autism Behaviour Checklist (ABC)

Conhecido no Brasil como Inventário de Comportamentos Autístico – ICA (MARTELETO & PEDROMÔNICO, 2005), a escala é uma das ferramentas mais utilizadas para rastreamento e diagnóstico de TEA. É composta por 57 comportamentos não adaptativos, atípicos, organizados em cinco áreas: sentidos (1), relações (2), uso do corpo e objetos (3), linguagem e interação social (4) e autocuidado (5). Cada um dos itens é pontuado de 1 a 4, resultando em uma pontuação parcial para cada domínio e em uma pontuação global, com a seguinte classificação a partir da pontuação final: menor que 47 = triagem negativa para autismo; 47-53 = leve probabilidade para autismo; 54-67 = moderada probabilidade para autismo; maior 68 = autismo (Anexo H).

Nesta pesquisa, a escala ABC foi aplicada aos 102 alunos pelos professores da SAED. O instrumento foi apresentado aos professores por profissionais da Clínica TEA-MACK, com participação da pesquisadora, no início da pesquisa, em reunião previamente agendada, que os orientou quanto à interpretação dos comportamentos que compõem a escala, e os treinou para a aplicação.

Cabe esclarecer que utilizamos a designação de Transtorno do Espectro Autista (TEA), em consonância ao DSM-5, mesmo que nos laudos estivesse especificado na nomenclatura do CID10, que usa categorias distintas agrupadas na designação de Transtorno Global do Desenvolvimento (Cf. Apêndice B).

C – Protocolo de Avaliação de Escolares com Deficiência Intelectual – PAEDI

O Protocolo de Avaliação de Escolares com Deficiência – PAEDI (Anexo I) foi elaborado por Miccas e D’Antino (2011) e baseado no constructo teórico proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF, pautado em aspectos concernentes à atividade e participação de escolares com deficiência intelectual, contemplando as seguintes áreas:

percepções sensoriais, aplicação do conhecimento, comunicação, concentração, comportamento e socialização, coordenação motora, tarefas e demandas do cotidiano.

Foi elaborado para contribuir com o trabalho de professores de escolas comuns, de salas regulares e/ou de Salas de Atendimento Educacional Especializado – AEE, e equipe pedagógica. No instrumento consta uma breve explicação sobre como deve ser preenchido, dados de identificação do aluno e 52 itens no total sobre Atividades e Participação, sendo que os itens de 1 a 39 apresentam três classificadores, a saber: não realiza; às vezes realiza; sim (realiza).

Apresenta uma breve explicação sobre como o instrumento deve ser preenchido, dados de identificação do aluno e 52 itens no total sobre Atividades e Participação, sendo que os itens de 1 a 39 apresentam três classificadores, a saber: não realiza; às vezes realiza; sim (realiza). Os itens de 40 a 52 apresentam os seguintes classificadores: realiza, realiza com ajuda e realiza independentemente. Dessa forma, o professor ou aplicador escolhe a classificação que melhor avalie o aluno em cada item. O instrumento possui, ainda, uma tabela de pontuação em que é possível somar os pontos com os diferentes classificadores, obtendo-se um escore ou pontuação final. Tal protocolo apresentou evidências de validação quando de sua aplicação em um grupo de alunos com Deficiência Intelectual, em uma rede de ensino municipal.

A proposta do PAEDI diz respeito à avaliação inicial do aluno com deficiência e/ou TEA e deve ser realizada anteriormente ao início do processo de ensino e de aprendizagem, numa perspectiva pedagógica, com vistas à educação inclusiva, considerando o atual conhecimento e/ou funcionalidade do educando, bem como as possibilidades de aprendizagem futura, analisando aspectos qualitativos e comparando o aluno com ele mesmo. A proposta subjacente ao referido Protocolo visa, a partir do resultado apresentado por cada aluno, estabelecer uma proposta de ensino individualizado, considerando-se os conhecimentos e habilidades adquiridos a fim de que sejam mantidos, bem como o estabelecimento de objetivos pedagógicos que possam ser trabalhados para que novos conhecimentos e habilidades sejam adquiridas.

No estudo ora apresentado, o instrumento foi aplicado pela pesquisadora e pelas 23 professoras da SAED, em visitas às salas, agendadas pela coordenadora da Educação Especial do município de Embu das Artes; as visitas tiveram início em outubro de 2017 e foram concluídas em agosto de 2018. Inicialmente, a pesquisadora apresentou a cada uma das 23 professoras o instrumento e, na sequência, os protocolos foram preenchidos por ambas, contemplando os 102 alunos com TEA.

5.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados levantados por meio dos instrumentos utilizados nos mutirões geraram planilhas com as seguintes variáveis: identificação do aluno: código gerado *ad doc* e sequencial aos atendimentos; sexo; idade; escola em que o aluno está matriculado; idade do pai; idade da mãe; número de eventos gestacionais; tipo de eventos gestacionais; classificação segundo DSM - 5: leve, moderado; grave; com/sem deficiência intelectual; com/sem comprometimento da linguagem concomitante; com/sem; TEA associado à alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental (neste caso, foi usado código adicional da CID-10); associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental; com/sem catatonia; TEA regressivo ou não. Realizou-se análise descritiva das variáveis e algumas correlações da intensidade do quadro de TEA com pontuação do ABC e do PAEDI.

Na análise estatística do PAEDI foram utilizados os softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010. Utilizou-se análise descritiva para estimar a proporção com que as variáveis de interesse se distribuem. As variáveis categóricas são descritas em percentuais e as contínuas em média e desvio-padrão. Para a comparação entre as distribuições dos grupos estratificados foram utilizadas: teste do quiquadrado para variáveis categóricas; ANOVA para comparação de médias utilizando a variância. Por ser um teste paramétrico testamos a normalidade da distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Determinou-se também o intervalo de confiança da média. Para “medir” (mensurar) o quanto as variáveis estão interligadas, ou seja, o quanto uma está relacionada com a outra utilizamos a Correlação de Pearson. Os resultados são dados em percentual e os valores podem ser positivos ou negativos. Em todas as comparações adotou-se p igual ou menor que 0,05 para determinar a significância estatística e intervalo de confiança de 95%.

Os dados coletados, que compuseram a seção dos “dados documentais”, foram organizados em quadros, tabelas e gráficos.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após a apresentação do projeto à equipe gestora e secretário de educação, fez-se necessário adequar o projeto à realidade e necessidades da rede municipal de ensino. Subsequentemente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil e durante o processo de aguardo do parecer foi acordado junto ao secretário que a pesquisadora

poderia dar início às conversas e levantamento de dados mediante a apresentação da pesquisadora por meio de carta assinada pelos orientadores desta pesquisa. (Anexo A)

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil Parecer Consubstanciado do CEP 80905717.1.0000.0084, iniciou-se o contato com os professores e pais. Todos os contatos foram agendados por meio da Secretaria de Educação, uma vez que o contato advindo da pesquisadora poderia parecer invasivo e não há autorização para a escola compartilhar contato telefônico para esse fim.

Durante o processo de coleta de dados, todos os participantes da pesquisa, professores, instituição escolar, pais/responsáveis pelo aluno, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Carta de Informação à Instituição (Anexo B), Carta de Informação ao Participante da Pesquisa (Anexo C), Carta de Informação aos Pais ou Responsáveis pelo aluno (Anexo D), que foram apresentados a priori aos participantes, ficando esses totalmente livres para participar ou interromper no decorrer do processo. Os participantes foram esclarecidos sobre os benefícios da pesquisa e a importância da sua participação.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentamos os dados coletados, com as respectivas análises, organizados em três categorias: dados documentais; perfil de funcionalidade dos alunos com TEA e perfil clínico dos alunos com TEA.

6.1 DADOS DOCUMENTAIS

Nesta seção destacamos a meta 4 do Plano Municipal de Educação (PME) – Educação Especial, instituído pela Lei nº 2827/2015. Comporta, ainda, dados gerais sobre a educação escolar do Município, com destaque aos alunos com necessidades educacionais (NEE) – TEA, as atribuições - Lei Complementar nº 252/ 2014 e o perfil das 23 professoras especializadas que respondem pelo serviço de apoio – Salas de Apoio ao Estudante com Deficiência (SAED).

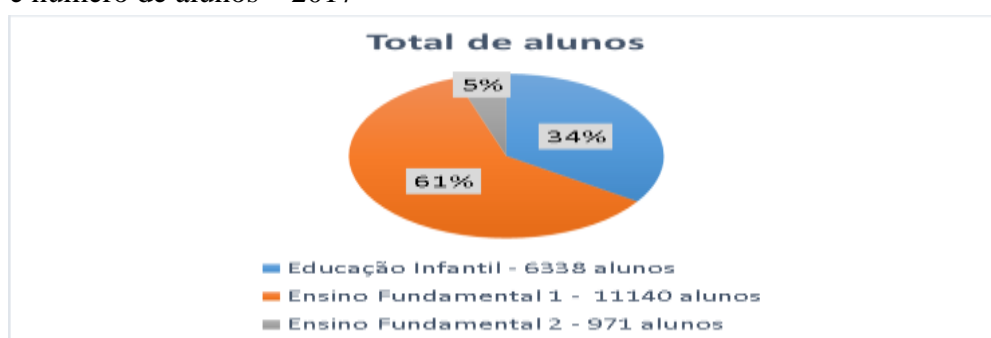
6.1.1 A Educação no Município de Embu das Artes – meta da Educação Especial no Plano Municipal de Educação (PME)

Um panorama geral da educação no Município indica que a taxa de escolarização da população, na faixa etária de 6 a 14 anos, em 2010, era de 96,8%. Quanto se toma o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) como indicador de qualidade da educação oferecida à população, os dados denotam importante e progressiva evolução – 6,8 (2017); 6,0 (2015); 5,5 (2013); 5,3 (2011); 4,7 (2009) e 4,6 (2007). No entanto, quando se considera as notas obtidas por etapa de ensino – rede municipal, por exemplo, no ano de 2017, há diferenças importantes: 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental – nota 6,2; 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental – nota 5,3. Cabe lembrar que o Índice foi criado em 2007 para avaliar a qualidade do Ensino Fundamental e Médio das escolas públicas e privadas brasileiras, e que a nota varia em escala de 0 a 10, e é calculada com base nos dados do Censo Escolar (informações enviadas pelas escolas e redes) e a média de desempenho obtida nas avaliações realizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), a quem compete divulgar, a cada dois anos, os resultados da avaliação. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/embu-das-artes/panorama>

Em 2015, o Município contava com 1.807 docentes atuantes em 85 escolas do Ensino Fundamental e 734 docentes atuantes no Ensino Médio. A estrutura da rede de ensino municipal contava, em 2016, com 2.200 servidores públicos, 41 escolas diretas e 11 anexos, totalizando 52 unidades escolares, além de 29 escolas conveniadas, conforme informações obtidas no portal da Secretaria de Educação do Município.

Dados apresentados, em outubro de 2017, pela Secretaria de Educação do Município, contabilizaram 18.449 alunos regularmente matriculados na rede, sendo: 6.338 (34%) na Educação Infantil, 11.140 (61%) nos anos iniciais do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) e 971(5%) nos anos finais do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano), como dispostos no gráfico que segue. A rede oferece as seguintes modalidades de ensino: Educação Infantil; Ensino Fundamental I e II; Educação Especial; Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos (MOVA) e Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Gráfico 5. Rede municipal de ensino de Embu das Artes – níveis de ensino e número de alunos – 2017



Fonte: a autora (2018).

Ressalta-se que a Secretaria de Educação do Município tem realizado eventos de formação continuada dos profissionais da educação, cumprindo, assim, o proposto no Plano Municipal de Educação (PME), com vistas ao aprimoramento do atendimento aos alunos com TEA, conforme dados obtidos no site da Secretaria.

- I Simpósio “Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), realizado em 12/09/2017; e II Simpósio “Aspectos de Desenvolvimento Infantil no Contexto Escolar”, em 25/8/2018, ambos em parceria com a Universidade Presbiteriana Mackenzie – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.
- 3º Encontro de Autismo, em 08/04/2017, com participação de oito especialistas.
- Encontro “Autismo: reflexão e ação”, realizado em 29/04/2016, pelas Secretarias de Assistência Social, Trabalho e Qualificação Profissional, Educação e Cultura, em parceria com a Associação de Atendimento ao Autista de Embu das Artes (3AAA).

Em 8/6/2018, a Prefeitura do Município, por meio da Secretaria Municipal de Educação, e a Universidade Presbiteriana Mackenzie assinaram convênio de cooperação, com foco na formação continuada dos profissionais da educação do Município, amparado em três eixos:

processo de ensino e aprendizagem; aspectos comportamentais e emocionais do aluno; necessidades educacionais de crianças com deficiência, incluindo o autismo, dificuldades de aprendizagem, TDAH. A programação do projeto, segundo a coordenadora geral da pós-graduação do Mackenzie, é interdisciplinar – aspectos educacionais, neurobiológicos, clínico-médico, psicológico, entre outros, afirmando, ainda, que: “Alguns projetos específicos de teses de doutorado de alunos também irão ser desenvolvidos na rede, ora para avaliar ou para promover uma intervenção”; “outra ação interessante será a transferência de tecnologia para a rede de ensino, que consiste em desenvolver um sistema computadorizado”.

Em junho de 2015, o Município promulgou a lei que institui o Plano Municipal de Educação (PME) – Lei nº 2.827/2015, com vigência de 10 anos, “com vistas ao cumprimento do disposto no Art. 214 da Constituição Federal, Art. 8º da Lei 13005, de 25 de junho de 2014 – Plano Nacional de Educação (PNE) e Art. 212 da Lei Orgânica do Município de Embu das Artes”, como consta na ementa da Lei. (EMBU DAS ARTES, 2015).

O PME de Embu das Artes é composto por 20 metas, assim como o PNE (2014-2024), com estratégias específicas para cada uma das metas. A meta destinada à Educação Especial reitera na íntegra a meta 4 do PNE, com 27 estratégias.

Na sequência, apresentamos as estratégias definidas pelo Município para a meta acima, compreendendo-as como compromisso assumido no que toca especificamente ao encaminhamento da política para a área da Educação Especial, no período de vigência do PME.

Agrupamos as estratégias em nove categorias, procurando-se observar o eixo principal de cada uma delas, embora, por vezes, a estratégia se refira também à outra ação a ser executada, por exemplo: “garantir o funcionamento e ampliação das SRM e dos “profissionais especialistas do AEE na rede regular, [...]”.

Na leitura do Plano foram identificadas 13 outras estratégias referentes à Educação Especial nas metas nº 1,2,5,6,7,9,10,12, que incorporamos, nos finais da redação, nas categorias das estratégias referentes à meta 4, mantendo o número da meta e da estratégia, a fim de diferenciá-las das estratégias definidas na meta 4 para a Educação Especial.

A – ESTUDANTES COM NEE – DA EDUCAÇÃO BÁSICA AO ENSINO SUPERIOR

- **Educação Infantil/creche** - universalizar, no prazo de vigência do PME, o atendimento ao público-alvo da Educação Especial, para as crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos;
- **Jovens e adultos com deficiência** – desenvolver modelos de atendimento voltados à continuidade do atendimento escolar de jovens e adultos com deficiência, com idade superior à faixa etária de escolarização obrigatória, por meio da articulação intersetorial

entre órgãos e políticas públicas de saúde, assistência social, esporte, cultura e direitos humanos, em parceria com as famílias [...];

- **Alunos surdos e cegos** – a) garantir gradativamente a oferta de educação bilíngue, em Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS como primeira língua e na modalidade escrita da Língua Portuguesa como segunda língua, aos alunos surdos e com deficiência auditiva de 0 a 17 anos, em escolas e classes bilíngues e em escolas inclusivas, bem como a adoção do Sistema Braille de leitura para cegos e surdos-cegos; b) garantir o ensino de Libras para pais, mães e familiares de pessoas surdas, bem como para os alunos, funcionários e professores das unidades escolares;
- **Alunos pervasivos intermitentes** – garantir o atendimento no Centro Educacional Armando Vidigal para alunos pervasivos intermitentes mediante apresentação de laudo e de avaliação da equipe multidisciplinar do Centro Educacional Armando Vidigal, na idade de 0 a 17 anos e onze meses;
- **Alunos beneficiários do programa de transferência de renda** – fortalecer o acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola e ao AEE, a permanência e o desenvolvimento escolar dos alunos da Educação Especial, beneficiários de programas de transferência de renda, juntamente com o combate às situações de discriminação, preconceito e violência, com vistas ao estabelecimento de condições adequadas para o sucesso educacional;
- **Educação em tempo integral e AEE** – garantir a educação em tempo integral mediante avaliação multidisciplinar, conforme o decreto 7.611/11, artigo 4º, que trata das adequações razoáveis individuais para pessoas com NEE, na faixa etária de 04 a 17 anos e 11 meses, assegurando atendimento educacional especializado complementar e suplementar ofertado em salas de recursos multifuncionais da própria escola;
- **Ingresso do aluno no Centro Educacional Armando Vidigal** – nos casos dos estudantes candidatos a ingressantes no Centro Educacional Armando Vidigal encaminhados pelas SAED, após avaliações, deverão ser analisados juntamente com a equipe da SAED, equipe multidisciplinar do Centro Educacional Armando Vidigal para que, enfim defina-se o ingresso na Instituição;
- **Políticas de educação para o mundo do trabalho** – promover e articular políticas de educação para o mundo do trabalho para as pessoas com NEE;
- 5.7 apoiar a **alfabetização das pessoas com deficiência**, considerando as suas especificidades, inclusive a alfabetização bilíngue de pessoas surdas, sem estabelecimento de terminalidade temporal;
- 6.5 garantir a **educação em tempo integral** para pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na faixa etária de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos, assegurando atendimento educacional especializado complementar e suplementar ofertado em salas de recursos multifuncionais da própria escola ou em instituições especializadas;
- 7.22 consolidar [...] a **oferta bilíngue na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental**, em língua materna das comunidades indígenas e dos povos tradicionais de matriz africana e em língua portuguesa; a **reestruturação e a aquisição**

de equipamentos; a oferta de programa para a formação inicial e continuada de profissionais da educação; e o atendimento em educação especial;

- 10.4 ampliar as oportunidades profissionais dos **jovens e adultos com deficiência** e baixo nível de escolaridade, por meio do acesso à educação de jovens e adultos articulada à educação profissional;
- 10.7 fomentar a oferta pública de **formação inicial e continuada para trabalhadores e trabalhadoras articulada à educação de jovens e adultos**, em regime de colaboração e com apoio de entidades privadas de formação profissional vinculadas ao sistema sindical, conselhos e de entidades sem fins lucrativos de atendimento à **pessoa com deficiência**, com atuação exclusiva na modalidade;
- 7.8 desenvolver indicadores específicos de **avaliação da qualidade da educação especial**, bem como da **qualidade da educação bilíngue para surdos**;
- 12.6 apoiar a ampliação de **políticas de inclusão e de assistência estudantil** dirigidas aos estudantes de instituições públicas e bolsistas de instituições privadas de **educação superior**, de modo a reduzir as desigualdades étnico-raciais e ampliar as taxas de acesso e permanência na educação superior de estudantes egressos escola pública, afrodescendentes, indígenas e de **estudantes com deficiência**, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, de forma a apoiar seu sucesso acadêmico.

B – ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

- **Articulação entre o ensino regular e o AEE** – garantir a oferta de educação inclusiva, promovendo a articulação pedagógica entre o ensino regular e o atendimento educacional especializado, vedando a exclusão do aluno do ensino regular sob alegação de deficiência;
- **Oferta do AEE**– garantir o AEE em salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos, a todos os estudantes com NEE, matriculados na rede pública de educação básica, conforme necessidade identificada por equipe técnica especializada;
- **Atendimento domiciliar** – nos casos de estudantes que estejam impossibilitados de frequentar o Centro Educacional Armando Vidigal e SAED por comprometimento grave de saúde, será realizada avaliação com a equipe multidisciplinar e, sob parecer médico, deverá passar a receber atendimento domiciliar;
- 1.8 fomentar a **oferta do atendimento educacional especializado** complementar e suplementar aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, assegurando a **educação bilíngue** para crianças surdas e a transversalidade da educação especial nessa etapa da educação básica [Educação Infantil].

C – SALA DE RECURSO MULTIFUNCIONAL (SRM)

- **Expansão da oferta** – expandir a implementação **de SRM**, durante a vigência do PME, [...] e **fomentar a formação continuada de todos os profissionais da educação para o atendimento educacional especializado** nas escolas urbanas, do campo, indígenas e de comunidades quilombolas;

- **Funcionamento e ampliação** – garantir o funcionamento e ampliação **das SRM e dos profissionais especialistas do AEE** na rede regular, conforme nota técnica 11/2010, do Atendimento Educacional Especializado em até cinco anos, a partir da vigência deste plano.

D – ACESSIBILIDADE

- **Ampliação da acessibilidade** – implementar, manter e ampliar até o quinto ano de vigência deste plano a acessibilidade **em todas as instituições educacionais**, garantir o acesso e a permanência dos alunos com deficiência por meio da adequação arquitetônica, da oferta de transporte acessível e da disponibilização de material didático próprio e de recursos de tecnologia assistiva, [...];
- **Materiais didáticos pedagógico** – garantir materiais didáticos pedagógicos e específicos para o trabalho educacional **no Centro Educacional Armando Vidigal e SAED;**
- 2.5 desenvolver **tecnologias pedagógicas** que combinem, de maneira articulada, a organização do tempo e das atividades didáticas entre a escola e o ambiente comunitário, considerando as especificidades da educação especial e da educação de jovens e adultos e os equipamentos existentes no município;
- 9.10 implementar **programas de capacitação tecnológica** da população jovem e adulta, direcionados para os segmentos com baixos níveis de escolarização formal e para os alunos com deficiência, articulando os sistemas de ensino, a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, as Escolas Técnicas Estaduais, as universidades, as cooperativas e as associações, por meio de ações de extensão desenvolvidas em centros vocacionais tecnológicos, com tecnologias assistivas que favoreçam a efetiva inclusão social e produtiva dessa população;
- 12.16 apoiar a institucionalização do programa de composição de **acervo digital de referências bibliográficas e audiovisuais** para os cursos de graduação, assegurada a acessibilidade às pessoas com deficiência.

E – FORMAÇÃO CONTINUADA

- **Profissionais das SRM e do Centro Educacional Armando Vidigal** – garantir o profissional especialista da Educação Especial no Núcleo Central da Equipe da Secretaria da Educação (OAP - Orientação e Acompanhamento Pedagógico), para assegurar a formação continuada dos profissionais da SAED e do Centro Educacional Armando Vidigal, bem como instituir e construir instrumentos de avaliação periódicos (seis meses), para acesso e permanência dos educandos na rede regular de ensino e no Centro Educacional Armando Vidigal, para o ano de 2016;
- **Cursos de formação continuada** – garantir parcerias com instituições que possam oferecer cursos de formação continuada, para os profissionais que atuam no Centro Educacional Armando Vidigal, SAED e professores de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação os quais venham enriquecer e potencializar a prática da educação inclusiva.

F – EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

- **Ampliação da equipe** – apoiar a ampliação das equipes de profissionais da educação para atender à demanda do processo de escolarização dos estudantes com NEE, garantindo a oferta de professores do atendimento educacional especializado, profissionais de apoio ou auxiliares, tradutores e intérpretes de Libras, guias-intérpretes para surdos-cegos, professores de Libras, prioritariamente surdos, e professores bilíngues;
- **Profissional de apoio à sala de aula** – garantir um profissional de apoio concursado, conforme o decreto nº 7611/2011 e conforme nota técnica 19/2010, na rede regular com a função exclusiva nas atividades desenvolvidas em sala de aula para os alunos com NEE, para o ano de 2016;
- **Equipe multidisciplinar/avaliação e acompanhamento dos alunos** – garantir equipe multidisciplinar para avaliação e acompanhamento dos alunos que receberão e permanecerão em atendimento no Centro Educacional Armando Vidigal. Esta equipe deverá ser composta por Pedagogo, Prof. especialista, Prof. da SAED, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicopedagoga e psicóloga;
- **Encontros profissionais** – promover encontros entre os profissionais da SAED, do Centro Educacional Armando Vidigal e professores de estudantes com deficiência para fortalecer e acompanhar o trabalho de inclusão na rede regular municipal;
- 1.16 garantir um profissional de **atendimento educacional especializado** por escola, uma **equipe multiprofissional regionalizada** que atenda estudantes e comunidade e um **intérprete de LIBRAS** que atenda a faixa etária de 0-5 anos;

G – PESQUISA E ASSESSORIA/CENTROS MULTIDISCIPLINARES

- **Centros interdisciplinares/apoio/pesquisa/assessoria** – viabilizar em regime de colaboração com o Estado de São Paulo e União a criação de centros multidisciplinares de apoio, pesquisa e assessoria, articulados com instituições acadêmicas e integrados por profissionais das áreas de saúde, assistência social, pedagogia, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, terapia ocupacional para apoiar o trabalho dos professores e funcionários e funcionárias da educação básica com os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, inclusive implementando as ações realizadas pelo Projeto Desenvolver, ambulatório de transtornos mentais infanto-juvenis e FOFITO (fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional), ampliando a articulação com as demais Secretarias;
- 12.12 apoiar a ampliação das as **linhas de pesquisa nos cursos de pós-graduação** que **tenham o estudante como foco da ação e visem ao estudo da diversidade étnico-racial e pessoas com deficiências**;

H – PARCERIAS INSTITUCIONAIS

- **OAB e Ministério Público** – estabelecer parceria, visando ampliar e garantir o acesso e permanência na educação, aos alunos oriundos da Rede Pública Municipal no ingresso

a Rede Pública Estadual para que tenham continuidade do seu processo de aprendizagem, bem como ao AEE no Ensino Fundamental e Médio;

- **Instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas** sem fins lucrativos, conveniadas com o poder público: a) visando a ampliar a oferta de formação continuada e a produção de material didático acessível, assim como os serviços de acessibilidade necessários ao pleno acesso, participação e aprendizagem dos estudantes com NEE matriculados na rede pública de ensino; e b) parceiras com essas instituições a fim de favorecer a participação das famílias e da sociedade na promoção da educação inclusiva no âmbito do Sistema Municipal de Educação.

I – CURRÍCULO

- Construir, no prazo de 5 anos, o **currículo da educação especial** no município (estratégia 4.19 do PME).

Sobre esta última e genérica estratégia, entendemos que a mesma se distancia dos princípios da educação inclusiva, pois:

As dificuldades de aprendizagem [...] até situações mais complexas e/ou permanentes [...] requerem o uso de recursos ou técnicas especiais para que seja viabilizado o acesso ao currículo por parte do educando. Atender a esse contínuo de dificuldades requer respostas educativas adequadas, que abrangem graduais e progressivas **adaptações de acesso ao currículo, bem como adaptações de seus elementos.** [...] Em casos muito singulares, em que o educando com graves comprometimentos mentais e/ou múltiplos não possa beneficiar-se do currículo da base nacional comum, deverá ser proporcionado um **currículo funcional** para atender as necessidades práticas de vida. (BRASIL, 2001a, p.60, grifo nosso).

Portanto, a estratégia não contempla o estabelecido na legislação federal, como a Resolução CNE/CEB nº 2/2001, que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, que no inciso III do Art. 8º, e no § 1º do Art. 9º, respectivamente, afirma:

Flexibilizações e adaptações curriculares que considerem o significado prático e instrumental dos conteúdos básicos, metodologias de ensino e recursos didáticos diferenciados e processos de avaliação adequados ao desenvolvimento dos alunos que apresentam necessidades educacionais especiais [...]”.

Nas **classes especiais**, o professor deve desenvolver o currículo, mediante **adaptações**, e, quando necessário, atividades de vida autônoma e social no turno inverso. (BRASIL, 2001, grifo nosso).

Observa-se o peso atribuído a estratégias direcionadas ao aluno surdo ou com deficiência auditiva, resguardando-se as especificidades do processo de aprendizagem desse aluno; especificidades também presentes no perfil de desenvolvimento e aprendizagem do aluno com TEA, porém, não contemplado, de forma específica, em nenhuma estratégia.

Em algumas das estratégias acima, faz-se referência ao Centro Educacional Armando Vidigal, inaugurado no ano de 1996, localizado no Jardim São Marcos, que “atua nos segmentos

da Educação Especial, assumindo a responsabilidade pela parte pedagógica, no atendimento às crianças e adolescentes em suas necessidades básicas de educação, higiene, alimentação, afeto e socialização”. Mantém equipe multidisciplinar e de apoio especializado, constituída por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, que apoiam, orientam e acompanham as atividades desenvolvidas pelos educadores junto aos alunos; a avaliação por essa equipe é pré-condição para a matrícula do aluno no Centro – “para verificação do perfil da criança ou do adolescente, devendo ser apresentado laudo médico”. Realiza, também, atendimento domiciliar para os estudantes que, por condições clínicas, não frequentam a rede regular ou o Centro. Caracteriza-se, portanto, como escola especializada e como serviço de apoio especializado. (Cf. <http://cidadeembudasartes.sp.gov.br/embu/portal/secretaria/ver/113>).

Em relação a esse Centro, o Art. 71 da Lei Complementar nº 183/2012 - "institui o plano de cargos, carreira e vencimentos do quadro do magistério público municipal de Embu das Artes e dá outras providências”, determina que: ” Fica o Poder Executivo autorizado a promover a organização do Centro Educacional do Município da Estância Turística de Embu das Artes, vinculado à Secretaria de Educação, destinado à assistência dos estudantes portadores de necessidades educacionais especiais”.

Nos parágrafos do artigo 71, determina-se: que o Centro será integrado por Professor de Educação Básica I (PEB I), Professor de Educação Básica II (PEB II) e Professor Adjunto para o Atendimento Educacional Especializado; o diretor escolar será livremente designado pelo Secretário Municipal de Educação; a equipe que o integrará será composta por: 2 (dois) psicólogos, 2 (dois) terapeutas ocupacionais; 2 (dois) assistentes sociais e 2 (dois) fonoaudiólogos. Como uma das estratégias do PME, tem-se a proposta de modificação dessa equipe, incluindo-se profissionais da educação para integrá-la, embora não quantificada – “ esta equipe deverá ser composta por pedagogo, professor especialista, professor da SAED, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicopedagoga e psicóloga”.

A função de professor do AEE, como estabelecido na Lei, é de confiança, “e que retornará à jornada correspondente ao seu cargo efetivo e campo de atuação quando cessada a designação”. As atividades do docente designado poderão ser exercidas em jornada padrão (24h/semanais), jornada completa (30h/semanais) ou jornada integral (40h/semanais), e que, independente da jornada de trabalho, receberá a gratificação de 10%, “em função da exigência de pós-graduação em Educação Especial, enquanto permanecer no exercício da função”.

As atribuições do professor do AEE do Município são reiteradas no Art. 4º da Lei Complementar nº 252/ 2014, que reproduzem as atribuições definidas no Art. 13 da Resolução CNE/CEB nº 4/2009, apenas com duas alterações na redação, a saber:

1. Identificar, elaborar, produzir e organizar serviços, recursos pedagógicos, de acessibilidade e estratégias considerando as necessidades específicas dos estudantes público-alvo da Educação Especial;
2. Elaborar e executar plano de Atendimento Educacional Especializado, avaliando a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade;
3. Organizar o tipo e o número de atendimentos aos estudantes na sala de recursos multifuncionais;
4. Acompanhar a funcionalidade e a aplicabilidade dos recursos pedagógicos e de acessibilidade na sala de aula comum do ensino regular, em outros ambientes da escola, **bem como em outros locais estabelecidos pela direção da unidade escolar** (destaque acrescentado à redação);
5. Estabelecer parcerias com as áreas intersetoriais na elaboração de estratégias e na disponibilidade de recursos de acessibilidade;
6. Orientar professores e famílias sobre os recursos pedagógicos e de acessibilidade utilizados pelos estudantes;
7. Ensinar e usar a tecnologia assistiva de forma a ampliar habilidades funcionais dos estudantes, promovendo autonomia e participação;
8. Estabelecer articulação com os professores de sala de aula comum, visando à disponibilização dos serviços e dos recursos pedagógicos **[e de acessibilidade e das estratégias que promovem a participação dos alunos nas atividades escolares]** (destaque omitido na redação).

O anexo II da Lei acima afirma que o “professor de atendimento de Educação Especial” deve ser licenciado e especializado em Educação Especial, reiterando as exigências da legislação federal, tratada no capítulo três desta pesquisa. No entanto, a coordenadora da Educação Especial do Município acrescenta às duas formações citadas – licenciatura e especialização – “ou formação continuada que o habilite para atuar na área”, o que possivelmente explique a formação de nove das 23 professoras do AEE do Município, conforme quadro que segue, cujos dados foram levantados pela pesquisadora, quando das visitas às salas.

Tabela 2. Perfil das professoras do atendimento educacional especializado (AEE) – rede municipal de ensino de Embu das Artes – 2017

Nº	Idade/ anos	Formação em Educação Especial		Tempo de trabalho no AEE	Número de escolas em que atua
		Sim	Não		
1	46	X		10 anos	3
2	42	X		8 anos	6
3	52	X		3 anos	2

(continuação)

4	37	X		6 meses	1
5	45	X		1 mês	1
6	40		X	1 ano	3
7	38	X		6 anos	9
8	40		X	4 meses	4
9	42	X		5 anos	8
10	46	X		10 anos	3
11	40	X		4 anos	3
12	35		X	2 anos	4
13	54	X		7 anos	3
14	45	X		4 anos	1
15	31	X		5 meses	5
16	43		X	4 anos	5
17	41		X	5 anos	5
18	34		X	6 meses	3
19	36		X	6 meses	1
20	37		X	15 meses	1
21	63		X	16 meses	4
22	44	X		18 meses	3
23	36	X		10 anos	1

Fonte: a autora (2018).

Portanto, 9 das 23 professoras não têm formação específica para atuar na área, como por elas informado, não se cumprindo, assim, o determinado pela Lei Complementar nº 183/2012: “[...] exigência de pós-graduação em Educação Especial [...]”, quando da atribuição da função. Mais do que uma exigência formal, a não especialização na área implica no agravante de distanciá-las da possibilidade de cumprir com as atribuições requeridas pela função, em prol da qualificação da Educação Especial inclusiva junto à instituição escolar, à comunidade e, principalmente, junto ao aluno público-alvo, e dentre estes, os alunos com TEA. Algumas dessas professoras assumiram a função há pouco tempo: de 4 a 6 meses (3); entre 1 e 2 anos (4); duas delas atuam na função há 4 anos e 5 anos. A faixa etária das mesmas varia de 34 a 43 anos; uma delas tem 63 anos de idade; atuam em 1 até 5 escolas.

As demais professoras (14) informaram ter formação na área da Educação Especial, com atuação no AEE há tempos variados: até 6 meses (3); de 1,6 a 4 anos (4); de 5 a 10 anos (7); a

faixa etária das mesmas varia de 31 a 57 anos. Atuam no AEE em 8 e 9 escolas (2); em 5 e 6 escolas (2); as demais em 1 a 3 escolas (9).

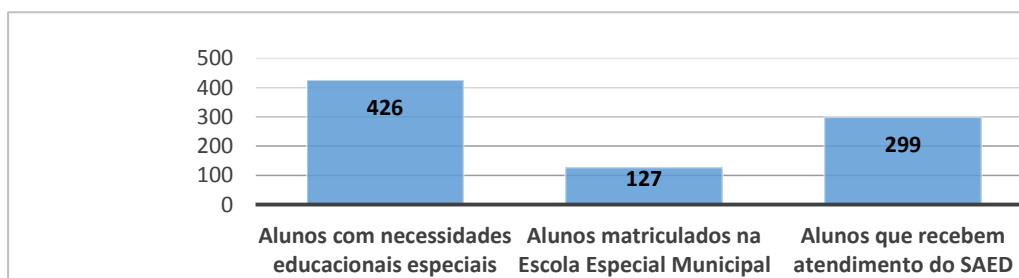
Chama a atenção o número de escolas atendidas por um mesmo professor, pois, das 23 professoras da SAED, apenas seis deles atendem alunos em uma mesma escola, possivelmente nas escolas onde estão lotadas; enquanto dezessete delas atuam em diferentes escolas, variando de 2 a 9 escolas, possivelmente trata-se de um serviço itinerante. Cabe lembrar que essas professoras atendem ao amplo público-alvo da Educação Especial (299 alunos, conforme gráfico 6 abaixo), implicando, assim, em importante diversidade de perfis de desenvolvimento e aprendizagem do alunado com necessidades educacionais especiais.

Como informado pela coordenadora da Educação Especial do Município, a seleção dessas profissionais é realizada através de indicação por seus coordenadores ou diretores, desde que sejam professoras concursadas na rede de ensino, e com especialização ou cursos de capacitação na área. Coordenadora informou, ainda, que a formação continuada das professoras da SAED ocorre uma vez por mês, com participação de todo o grupo, e que são oferecidas atividades formativas no período matutino e vespertino, sob responsabilidade da equipe de supervisão da Educação Especial.

6.1.1.1 Alunos com TEA no Município de Embu das Artes

No gráfico que segue, tem-se a demanda total dos alunos público-alvo da Educação Especial do Município, no ano de 2017, assim como o número dos atendidos pela escola especial do Município e os atendidos pela SAED.

Gráfico 6. Rede municipal de ensino de Embu das Artes – alunos com deficiência e necessidades educacionais especiais (NEE) – 2017



Fonte: a autora (2018).

Do total de 18.449 alunos matriculados em 2017, 426 (23,1%) referem-se ao alunado com NEE, e destes: 127 (29,8%) frequentavam a escola especial do Município - Centro

Educacional Armando Vidigal; 299 (70,2%) estavam matriculados em escolas regulares, com atendimento no contra turno pela SAED.

Sobre a SAED, lê-se no portal da Secretaria de Educação:

O Governo Municipal reafirma, mais uma vez, seu compromisso de zelar pela qualidade de vida dos cidadãos ao promover a inclusão social. A Sala de Apoio ao Estudante com Deficiência (SAED) é uma iniciativa que, desde 2005, vem confirmar esse ideal.

Atualmente, cerca de 510 estudantes da rede direta de educação são atendidos pelo serviço presente em 23 escolas do município. Nesse espaço, os estudantes com necessidades especiais contam com materiais adaptados, jogos, conteúdo em Braille, pranchas de comunicação e atendimento individual.

Os técnicos, especializados em Educação Especial, são responsáveis por acolher e promover atividades estimulantes, que contribuam para que esses alunos acompanhem o conteúdo da educação regular.

Como síntese desta seção, destacamos as estratégias da meta 4 do PME, cabendo, em futuras investigações, averiguar quais ações referentes à Educação Especial foram e estão sendo implementadas pelo Município, desde 2015, quando da promulgação do PME. Uma dessas ações se refere à ampliação da equipe multiprofissional da escola especializada do Município, com a proposta de participação de pedagogos e professores especialistas, medida importante para a interlocução entre a área da saúde – intervenções clínicas/terapêuticas – com a área da educação. Ponto crítico é o não cumprimento das exigências legais – federal e do municipal – da formação exigida para atuar como professor da SAED, dado que 9 das 23 professoras não são especializadas em Educação Especial, assim como a proposição no PME de organização de um currículo de Educação Especial, o que contraria a legislação federal, ao mesmo tempo que sugere a permanência de um modelo segregado de ensino, pois, 127 alunos da Educação Especial estão matriculados na escola especializada do Município, Quanto aos alunos com TEA, destacamos que apenas três estão matriculados nos anos finais do Ensino Fundamental, e na faixa etária correspondente a este ciclo há 8 alunos matriculados na escola especializada do Município. Embora em percentual menor que as matrículas na Educação Infantil (27,5%) e no Ensino Fundamental (54,9%); o modelo de escolarização não inclusiva atinge 17,64% dos alunos com TEA – matriculados na escola especial, reiterando, assim, a polêmica questão tratada no capítulo quatro quanto ao *lócus* de atendimento desse segmento

da Educação Especial. A existência da escola especializada mantida pela rede municipal de ensino, concomitantemente ao serviço de apoio à inclusão no ensino regular (SAED), reflete o híbrido modelo de Educação Especial do Município – inclusivo & segregado.

6.2 PERFIL DE FUNCIONALIDADE DOS ALUNOS COM TEA DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES/SP

Neste estudo, como já informado, o Protocolo de Avaliação de Escolares com Deficiência – PAEDI (Anexo I) foi aplicado objetivando conhecer o perfil escolar dos 102 alunos com TEA, mais especificamente o perfil da funcionalidade quanto aos aspectos relacionados à atividade e participação nos espaços educacionais/pedagógicos da instituição escolar. Trata-se de instrumento elaborado por Miccas e D’Antino (2011), baseado no constructo teórico proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF. O instrumento contempla as seguintes áreas: percepções sensoriais, aplicação de conhecimentos, comunicação, concentração, comportamento e socialização, coordenação motora, tarefas e demandas do cotidiano, que foram tomadas como referência para classificação e análise dos 52 itens que compõem.

Os itens 1 a 39 do Protocolo apresentam três classificadores: “não realiza”; “às vezes realiza”; “sim” (realiza); os itens 40 a 52 apresentam os seguintes classificadores: “realiza”, “realiza com ajuda”, “realiza de forma independente”. Reiteramos que o Protocolo apresentou evidências de validação quando de sua aplicação em um grupo de alunos com Deficiência Intelectual, em uma rede de ensino municipal, conforme Miccas e D’Antino (2011).

Iniciamos a análise estatística, trazendo a idade dos alunos e score PAEDI, podendo-se verificar, conforme tabela abaixo, que a variabilidade do score é relativamente alta, pois o CV é maior que 50%, demonstrando a heterogeneidade dos dados.

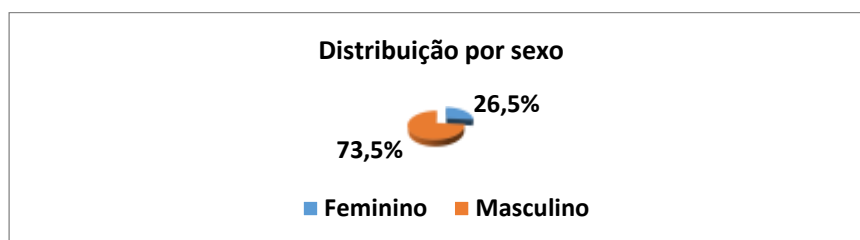
Tabela 3. Idade e score PAEDI

Descritiva	Idade	PAEDI
Média	7,69	96,6
Mediana	7	84
Desvio Padrão	2,88	52,5
CV	37%	54%
Q1	5	55,5
(continuação.)		

Q3	9,75	136,5
Min	3	18
Max	17	205
N	102	102
IC	0,56	10,2

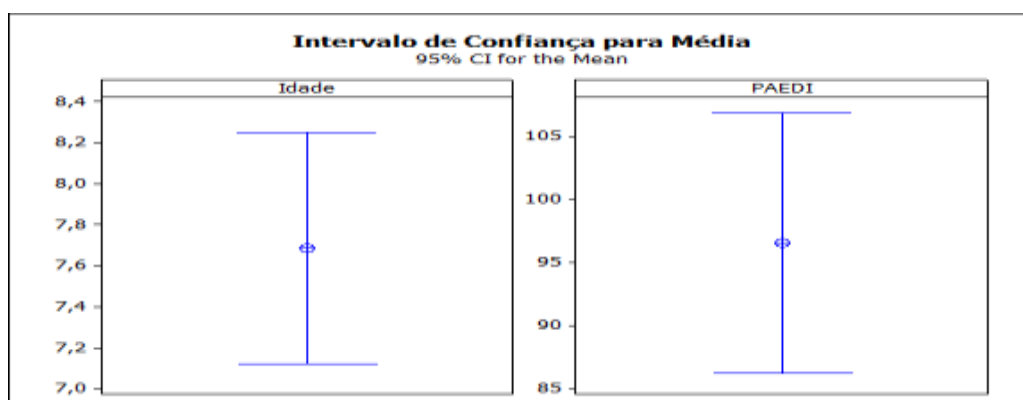
Na frequência da distribuição em relação ao sexo, utilizamos o teste de Igualdade de Duas Proporções e calculamos os percentuais para o total de 102 alunos.

Gráfico 7. Distribuição por sexo



Através do valor de p menor que 0,05 (valor de $P < 0,001$), percebe-se que foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre os sexos, sendo a maioria da amostra do sexo masculino (73,5%), com 26,5% do sexo feminino, o que corrobora com a literatura que aponta prevalência do TEA de quatro vezes mais no sexo masculino do que no feminino (APA, (DSM5, 2014, p.101).

Gráfico 8. Intervalo de confiança para média de idade e score PAEDI



Pode-se observar que a correlação foi estatisticamente significativa, ou seja, diferente de zero. O valor de 21,2% mostrou que quanto maior a idade, maior o score do PAEDI.

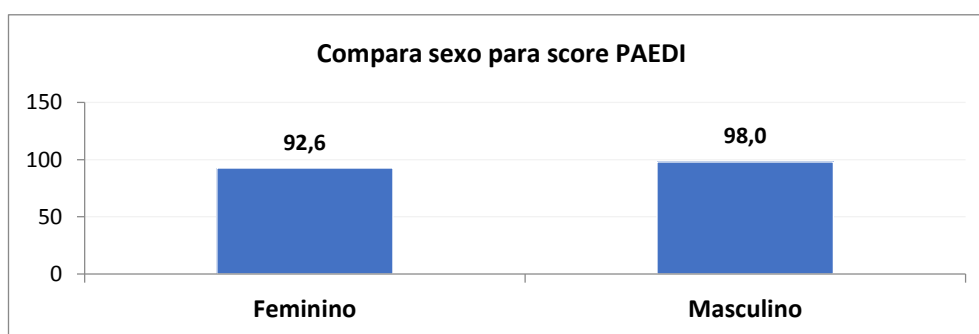
Os resultados da comparação entre o sexo e o score PAEDI seguem abaixo.

Tabela 4. Compara sexo para score PAEDI

Sexo	Feminino	Masculino
Média	92,6	98,0
Mediana	76	85
Desvio Padrão	53,4	52,5
CV	58%	54%
Min	24	18
Max	195	205
N	27	75
IC	20,1	11,9
P-valor	0,645	

Através dos valores de p maiores que 0,05 observa-se que não houve diferenças estatísticas significantes entre sexo e escore PAEDI, dado reiterado no gráfico que segue.

Gráfico 9. Compara sexo para score PAEDI



O teste ANOVA foi utilizado para comparar a média do score PAEDI com as covariáveis sexo e série escolar.

Tabela 5. Comparação série para score PAEDI

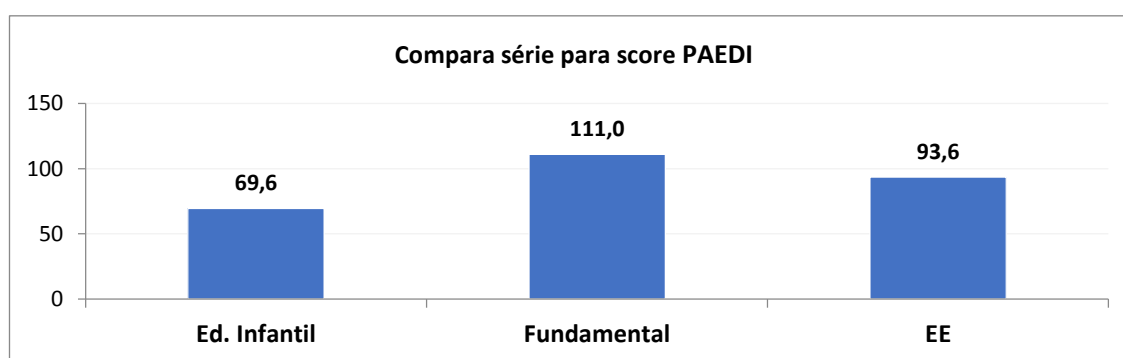
Série	Ed. Infantil	Fundamental	EE
Média	69,6	111,0	93,6
Mediana	61	121,5	84,5
Desvio Padrão	40,1	55,7	43,3
CV	58%	50%	46%
Min	18	22	24

(continuação)

Max	175	204	205
N	28	56	18
IC	14,9	14,6	20,0
P-valor	0,002		

Verificamos através p-valor da tabela o ($p\text{-valor} = 0,002$) que existe diferença média estatisticamente significativa entre as três séries para a média do score PAEDI. Para determinar com precisão entre quais séries ocorre a diferença, utilizamos a Comparação Múltipla de *Tukey* (*post hoc*) para comparar as séries aos pares e determinar com precisão entre quais ocorreu a diferença. Conforme abaixo, essa diferença ocorreu entre a Educação Infantil com média de 69,6 comparada e o Ensino Fundamental com média 111,0 ($p\text{-valor} = 0,001$).

Gráfico 10. Compara série para score PAEDI



A distribuição por série escolar, com a especificação dos percentuais de alunos distribuídos no Ensino Fundamental segue.

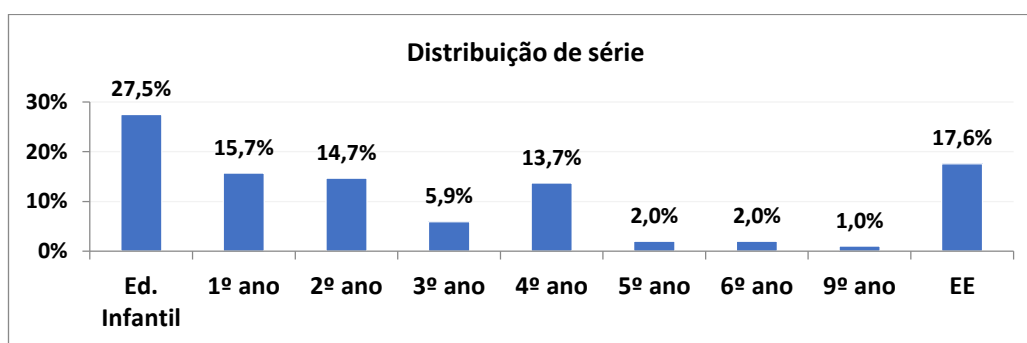
Tabela 6. Distribuição de série

Série	N	%	P-valor
Ed. Infantil	28	27,5%	Ref.
1º ano	16	15,7%	0,041
2º ano	15	14,7%	0,026
3º ano	6	5,9%	<0,001
4º ano	14	13,7%	0,015
5º ano	2	2,0%	<0,001
6º ano	2	2,0%	<0,001
9º ano	1	1,0%	<0,001
EE	18	17,6%	0,094

Como esta variável possui mais de 2 níveis de resposta, mostramos na última coluna os p-valores da comparação de cada nível de resposta sempre em relação ao mais prevalente que está como Referência (Ref.). Assim, a série mais prevalente foi “Ed. Infantil” com 27,5%, mas que não é diferente dos 17,6% de EE (p-valor = 0,094).

O gráfico seguinte traz a distribuição dos 102 alunos com TEA: 28 alunos (27,5%) matriculados na Educação Infantil; 56 (54,9%) no Ensino Fundamental e 18 (17,6%) na escola especial do Município, quatro destes frequentavam concomitantemente o ensino regular – três dias/semana, e a escola especializada – dois dias/semana, como informados pelas professoras da SAED, tendo-se utilizado o teste de Igualdade de Duas Proporções e calculado os percentuais para o total de 102 alunos.

Gráfico 11. Distribuição de série



Os percentuais acima, por série, no Ensino Fundamental (1º ao 9º ano), correspondem aos 56 alunos: 1º ano – 16 alunos; 2º ano – 15 alunos; 3º ano – 6 alunos; 4º ano – 14 alunos; 5º ano – 2 alunos; 6º ano – 2 alunos; 9º ano – 1 aluno. (Cf. Apêndice A). As matrículas, portanto, estão concentradas no 1º, 2º e 4º anos, com percentuais insignificantes no último ano da 1ª etapa dos anos iniciais do Ensino Fundamental (5º ano/2,0%) e nos anos finais do Ensino Fundamental (6º ano/2,0%) e 9º ano/2,0%); não há matrículas, em 2017, no 7º e 8º ano.

Sobre as matrículas acima, cabem ressalvas, pois, os 18 alunos da escola especializada, com quadros graves de TEA, têm dupla matrícula (escola regular e escola especializada/AEE), por obrigatoriedade legal de matrícula de alunos com deficiência no ensino regular. Assim, e para atender as especificidades desse alunado que por conta dos comprometimentos cognitivos, comportamentos de autoagressão e agressividade com colegas e professores o Município matriculou os alunos na modalidade regular de ensino, embora esses alunos frequentem, efetivamente, a escola especializada – configurada, nesse caso, como AEE, o que implica no

recebimento, pelo Município, de dois per capita do Fundeb, como prevê a legislação. Mecanismo que, possivelmente, se repete para o total de 127 alunos que frequentam a escola especializado do Município (Cf.gráfico 6), podendo-se inferir ser essa uma prática extensiva às redes de ensino dos 5.570 municípios brasileiros.

Ressalta-se, ainda, que as matrículas nas séries do Ensino Fundamental, como consta gráfico acima, representam outro drible face às exigências da legislação educacional federal, pois não há, necessariamente, correspondência entre a série frequentada e as capacidades dos alunos de responderem às demandas pedagógicas da série. A título de exemplo, o único aluno com 17 anos de idade, matriculado no 9º ano do Ensino Fundamental, permanecia matriculado no ensino regular por ordem judicial, mesmo apresentando comportamentos disruptivos, inclusive com auto e heteroagressão; o mesmo frequenta, de fato, a escola especializada do Município. Portanto, as séries frequentadas não são dados confiáveis, em se tratando dos 56 alunos com TEA matriculados no Ensino Fundamental.

Dado importante a ser destacado é a presença de crianças na Educação Infantil, com três anos de idade com diagnóstico de TEA (Cf. Apêndices A e B), resultado das ações do Projeto Desenvolver do Município, que integra o Programa Saúde da Criança, realizado em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Conforme Araújo (2011), os pais expressam suas dúvidas, quanto à suspeita de comportamentos indicativos de TEA, por volta dos 17 meses de vida da criança, entretanto a idade do diagnóstica se dá por volta dos 4 anos ou mais. Acredita-se que é no ingresso ao universo da creche, e principalmente, da pré-escola que os indicativos de comportamentos atípicos se tornam mais expressivos, pela dificuldade que que a criança apresenta na interação social e na comunicação com os pares. Conforme assinalado no capítulo dois desta pesquisa, quanto mais precoce se der a identificação e consequente diagnóstico maiores serão as possibilidades de intervenções pedagógicas favorecedoras do desenvolvimento e aprendizagem desses alunos, com prognósticos melhores, especialmente na aquisição de linguagem, no desenvolvimento das interações com os pares, com mais facilidade no funcionamento adaptativo da criança, assevera Araújo (2011). Brunoni, Mercadante e Schwartzman (2014) acrescentam a redução das alterações comportamentais, que podem atuar como implementadoras da independência da criança nas atividades de vida diária, ou seja, as intervenções precoces são configuradas como fator fundamental para a melhoria do quadro clínico e do desenvolvimento da criança.

Os resultados dos itens 1 ao 39 do Protocolo seguem abaixo.

Tabela 7. Distribuição dos itens 1 a 39 do PAEDI

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 1	3	2,9%	34	33,3%	65	63,7%
item 2	12	11,8%	23	22,5%	67	65,7%
item 3	40	39,2%	27	26,5%	35	34,3%
item 4	19	18,6%	32	31,4%	51	50,0%
item 5	40	39,2%	28	27,5%	34	33,3%
item 6	38	37,3%	30	29,4%	34	33,3%
item 7	46	45,1%	28	27,5%	28	27,5%
item 8	34	33,3%	31	30,4%	37	36,3%
item 9	53	52,0%	35	34,3%	14	13,7%
item 10	25	24,5%	39	38,2%	38	37,3%
item 11	51	50,0%	27	26,5%	24	23,5%
item 12	53	52,0%	24	23,5%	25	24,5%
item 13	17	16,7%	32	31,4%	53	52,0%
item 14	35	34,3%	21	20,6%	46	45,1%
item 15	25	24,5%	17	16,7%	60	58,8%
item 16	25	24,5%	20	19,6%	57	55,9%
item 17	27	26,5%	31	30,4%	44	43,1%
item 18	55	53,9%	22	21,6%	25	24,5%
item 19	36	35,3%	31	30,4%	35	34,3%
item 20	39	38,2%	27	26,5%	36	35,3%
item 21	59	57,8%	21	20,6%	22	21,6%
item 22	55	53,9%	20	19,6%	27	26,5%
item 23	65	63,7%	17	16,7%	20	19,6%
item 24	66	64,7%	10	9,8%	26	25,5%
item 25	69	67,6%	8	7,8%	25	24,5%
item 26	68	66,7%	13	12,7%	21	20,6%
item 27	67	65,7%	16	15,7%	19	18,6%
item 28	10	9,8%	21	20,6%	71	69,6%
item 29	14	13,7%	39	38,2%	49	48,0%
item 30	4	3,9%	19	18,6%	79	77,5%
item 31	8	7,8%	24	23,5%	70	68,6%
item 32	13	12,7%	9	8,8%	80	78,4%
item 33	18	17,6%	27	26,5%	57	55,9%
item 34	34	33,3%	33	32,4%	35	34,3%
item 35	36	35,3%	31	30,4%	35	34,3%

(continuação)

item 36	37	36,3%	33	32,4%	32	31,4%
item 37	54	52,9%	33	32,4%	15	14,7%
item 38	33	32,4%	38	37,3%	31	30,4%
item 39	53	52,0%	26	25,5%	23	22,5%

Os valores de p referentes à tabela acima constam na tabela que segue, podendo-se perceber diferenças estatisticamente significantes, ou seja, com valores de p menores que 0,05 na maioria dos itens avaliados, referentes às respostas da coluna “não”.

Tabela 8. Distribuição dos itens 1 a 39 do PAEDI - P-valores

		Não	Às vezes
item 1	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	<0,001
item 2	Às vezes	0,041	
	Sim	<0,001	<0,001
item 3	Às vezes	0,053	
	Sim	0,468	0,223
item 4	Às vezes	0,036	
	Sim	<0,001	0,007
item 5	Às vezes	0,075	
	Sim	0,382	0,361
item 6	Às vezes	0,235	
	Sim	0,558	0,546
item 7	Às vezes	0,009	
	Sim	0,009	1,000
item 8	Às vezes	0,652	
	Sim	0,659	0,373
item 9	Às vezes	0,011	
	Sim	<0,001	<0,001
item 10	Às vezes	0,035	
	Sim	0,049	0,885
item 11	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,628
item 12	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,870
item 13	Às vezes	0,014	

(continuação)

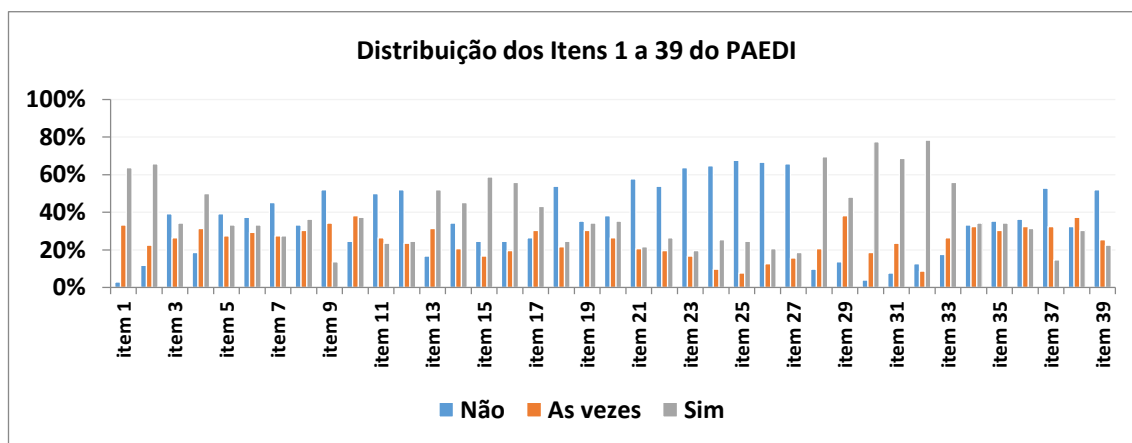
	Sim	<0,001	0,003
item 14	Às vezes	0,028	
	Sim	0,115	<0,001
item 15	Às vezes	0,166	
	Sim	<0,001	<0,001
item 16	Às vezes	0,399	
	Sim	<0,001	<0,001
item 17	Às vezes	0,535	
	Sim	0,012	0,059
item 18	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,618
item 19	Às vezes	0,456	
	Sim	0,883	0,549
item 20	Às vezes	0,073	
	Sim	0,663	0,173
item 21	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,864
item 22	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,244
item 23	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,586
item 24	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,003
item 25	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,001
item 26	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,133
item 27	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,577
item 28	Às vezes	0,032	
	Sim	<0,001	<0,001
item 29	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,157
item 30	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	<0,001
item 31	Às vezes	0,002	
	Sim	<0,001	<0,001

(continuação)

item 32	Às vezes	0,367	
	Sim	<0,001	<0,001
item 33	Às vezes	0,129	
	Sim	<0,001	<0,001
item 34	Às vezes	0,881	
	Sim	0,882	0,766
item 35	Às vezes	0,456	
	Sim	0,883	0,549
item 36	Às vezes	0,555	
	Sim	0,459	0,881
item 37	Às vezes	0,003	
	Sim	<0,001	0,003
item 38	Às vezes	0,462	
	Sim	0,763	0,300
item 39	Às vezes	<0,001	
	Sim	<0,001	0,623

É possível visualizar o conjunto dos resultados dos 39 itens avaliados, assim como comparar as repostas dos itens, no gráfico que segue.

Gráfico 12. Distribuição dos itens 1 a 39 do PAEDI



Tomando a classificação dos 39 itens, agrupados em percepções sensoriais, concentração, aplicação de conhecimentos, comunicação, comportamento e socialização, coordenação motora, tarefas e demandas do meio, passamos à apresentação e análise descritiva dos resultados, cabendo lembrar que essas categorias devem ser compreendidas em seu conjunto e como indicadores da atual funcionalidade da criança e do adolescente com TEA. Observação que implica considerar as potencialidades, capacidades e habilidades já desenvolvidas ou em aquisição, com vistas ao planejamento das intervenções educacionais/pedagógicas.

Optamos por recortar da tabela 7 os resultados dos itens referentes a cada uma das categorias para facilitar a leitura dos resultados, expressos nos classificadores: ” não”, “às vezes” e “sim”.

Percepções sensoriais e concentração

Nesta categoria, foram incorporados os resultados da avaliação das capacidades dos alunos quanto: à observação; resposta a estímulos auditivos; manutenção do limiar de atenção/concentração, que sinalizam aspectos relevantes do desenvolvimento e possibilidades/potencialidades de aprendizagem da criança e do adolescente com TEA, e, principalmente, suas manifestações nas atividades e participação do aluno face às demandas do meio, cujos resultados seguem.

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 1	3	2,9%	34	33,3%	65	63,7%
item 2	12	11,8%	23	22,5%	67	65,7%
item 4	19	18,6%	32	31,4%	51	50,0%

Nas respostas previstas no instrumento, pode-se observar a predominância do “sim” nos três itens: (1) “observa acontecimentos ao seu redor, como crianças brincando ou ao assistir um desenho animado ou filme (63,7%)”; (2) “responde a estímulos auditivos como atender a chamados, ouvir uma música” (65,7%); (4) “concentra-se intencionalmente em uma atividade que seja de seu interesse” (50,0%), o que computamos como resultados satisfatórios, principalmente quando se considera que, no conjunto da tabela, estão os alunos da Educação Infantil e da escola especializada do Município, e ainda, que a prevalência seguinte dos percentuais “às vezes” é significativamente superior à categoria “não”. Cabe lembrar, como colocado por Brunoni, Mercadante e Schwartzman (2014, n.p.), que a inconsistência comportamental é característica marcante em quase todas as atividades e ações de indivíduos com TEA, “Num momento não respondem aos estímulos auditivos podendo parecer surdos para, logo depois, reagirem de forma desproporcional a um pequeno ruído”. As alterações mais acentuadas de concentração em uma atividade (50%) podem ser explicadas pela presença de comportamentos manipulatórios e explorativos restritos e limitados a poucos objetos.

A “capacidade de permanecer sentado por tempo necessário para realizar uma atividade” (item 29) pode ser relacionada ao item 4/concentrar-se, pois, entende-se que ambas condições

se auto influenciam. Os resultados desses dois itens são próximos, com melhores respostas para o item nº 29: “não” (13,7%), “às vezes” (38,2%), “sim” (48,0%).

Comunicação

Nesta categoria, classificamos os itens em linguagem receptiva e linguagem expressiva.

Linguagem compreensiva

Na linguagem expressiva, os itens se referem à capacidade de compreensão da linguagem falada, da atribuição de significados a expressões faciais, a gestos e sinais (nº 13 a 16 e 27). Os resultados da compreensão da linguagem expressiva, evidenciam prevalência do “sim” para: (15) “entende ordens simples, como, por exemplo, pegue o lápis (58,8%), seguida do “não” (24,5%); (16) “entende ordens sequenciais, como, por exemplo, pegue o lápis e traga aqui” (55,9%), seguida do “não” (24,5%); (13) “entende mensagens faladas emitidas para ele (52,0%), seguida do às vezes (31,4%). Maiores dificuldades foram constatadas na atribuição de significados para expressões faciais, gestuais e sinais, com a seguinte prevalência para o “sim” – (14) “identifica expressões faciais, como tristeza, alegria” (45,1%), seguida do “não” (34,3%); (17) “compreende o significado de gestos e sinais” (43,1%), seguida do “às vezes” (30,4%). “Manter uma conversa” (item 27) implica considerar tanto a linguagem receptiva quanto a expressiva, com as seguintes respostas: “não” (65,7%), “às vezes” (15,7%), “sim” (18,6%).

Linguagem compreensiva

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 13	17	16,7%	32	31,4%	53	52,0%
item 14	35	34,3%	21	20,6%	46	45,1%
item 15	25	24,5%	17	16,7%	60	58,8%
item 16	25	24,5%	20	19,6%	57	55,9%
item 17	27	26,5%	31	30,4%	44	43,1%
item 27	67	65,7%	16	15,7%	19	18,6%

Verifica-se, assim, prejuízos importantes na linguagem compreensiva do grupo avaliado, com dificuldades, em especial, de compreensão de comportamentos não verbais, como de gestos, sinais, expressões faciais (linguagem corporal), que são dados que reiteram o trazido no DSM-5. Mas, é importante demarcar que os resultados da tabela não refletem um padrão comunicativo único, pois os perfis são muito específicos, tanto para a fala quanto para a

linguagem expressiva e compreensiva, cabendo, portanto, individualizar as intervenções, face à capacidade comunicativa de cada aluno, levando-se em consideração a gravidade do quadro, o nível de desenvolvimento e a idade cronológica do indivíduo e, ainda, “irão variar de acordo com as características do indivíduo e do seu ambiente [...]”. (APA, 2014, p. 97).

Linguagem expressiva

A capacidade expressiva dos alunos – linguagem oral e representação por meio de desenho, gestos e sinais – foi avaliada em 10 itens (nº 8 e 18 a 26). Percebe-se dificuldades importantes na capacidade comunicativa-expressiva dos alunos, com a seguinte prevalência do “não”: (25) “produz desenhos com detalhes gráficos mais elaborados, diferentes de garatujas” (67,6%), seguida do “sim” (24,5%); (26) “inicia uma conversa” (66,7%), seguida do “sim” (20,6%); (24) “produz desenhos e lhes atribui significado” (64,7), seguida do “sim” (25,5%); (21) “faz perguntas” (57,8%), seguida do “sim” (21,6%); (22) “produz mensagens orais com menos de 10 palavras para se comunicar” (53,9%), seguida do “sim” (26,5%); (23) “produz mensagens orais com mais de 10 palavras para se comunicar” (63,7%), seguida do “sim” (19,6%) (18) “consegue descrever o contexto de um desenho, fotografia ou de uma cena real” (53,9%), seguida do “sim” (24,5%). Em três itens (8,19 e 20), as respostas tiveram a seguinte distribuição, respectivamente, para “não”, “às vezes” e “sim”: (8) “comunica-se para pedir ajuda na resolução de um problema cotidiano” – 33,3%, 30,4%, 36,3%; (19) “transmite uma mensagem utilizando-se de gestos e sinais” – 35,3%, 30,4%, 34,3%; (20) “nomeia objetos” – 38,2%, 26,5%, 35,3%.

Linguagem expressiva

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 8	34	33,3%	31	30,4%	37	36,3%
item 18	55	53,9%	22	21,6%	25	24,5%
item 19	36	35,3%	31	30,4%	35	34,3%
item 20	39	38,2%	27	26,5%	36	35,3%
item 21	59	57,8%	21	20,6%	22	21,6%
item 22	55	53,9%	20	19,6%	27	26,5%
item 23	65	63,7%	17	16,7%	20	19,6%

(continuação)

item 24	66	64,7%	10	9,8%	26	25,5%
item 25	69	67,6%	8	7,8%	25	24,5%
item 26	68	66,7%	13	12,7%	21	20,6%

A categoria “comunicação” evidencia hiatos importantes entre a linguagem receptiva e expressiva dos alunos, com destaque para a primeira, pois, embora com importantes prejuízos, compreendem muito mais do que conseguem expressar. No conjunto, a literatura caracteriza os déficits de linguagem por “ausência total de fala, atrasos na linguagem, compreensão reduzida da fala, fala em eco, linguagem explicitamente literal ou afetada”. (APA, DSM-5, 2014, p. 97). Quando há presença de linguagem, sua manifestação se dá comumente sem reciprocidade social e por meio de comportamentos atípicos, como a ecolalia imediata ou tardia, inversão pronominal, uso de palavras incomuns, resposta pobre, com modificação nos padrões de linguagem – fala cantada ou declamativa, ritmo inadequado (rápido ou fala silabada). (SAULNIER, QUIRMBACH & KLIN, 2011, p.165-166). As respostas aos itens que avaliaram a capacidade de expressão dos alunos utilizando-se de desenhos e com atribuição de significado aos mesmos (itens 24 e 25), e a descrição do contexto de um desenho, fotografia e cena real (item 18) são indicativos dos prejuízos da comunicação não verbal dos mesmos.

Como sinalizado no capítulo quatro, um dos principais desafios que envolvem a inclusão de alunos com TEA são os prejuízos na comunicação e na linguagem da criança, tornando imperativo desenvolver programas de intervenção focados no desenvolvimento das habilidades comunicativas desses alunos (GOMES & NUNES (2014), com o uso de procedimentos metodológicos pragmáticos e funcionais – códigos alternativos à linguagem verbal, em especial sinais manuais, com o uso de estratégias de generalização aos contextos naturais de vida da criança.

Comportamento e socialização

Foram agrupados nesta categoria os itens que se referem à avaliação da capacidade dos alunos de imitar gestos ou comportamentos – aprendizado que implica se apropriar de elementos da cultura do grupo social de pertencimento –, e comportamento e desempenho em atividades que implicam na presença do outro social (itens 3, 12, 28, 35 a 39). O “sim” prevaleceu na resposta (28) “demonstra irritação ao ser contrariado” (69,6%), seguida do “às vezes” (20,6%); prevalência do “não” para: (37) “estabelece contatos com estranhos, respeitando convenções sociais (52,9%), seguida do “às vezes” (32,4%); (39) “demonstra entender e respeitar regras de jogos e brincadeiras” (52,0%), seguida dos “às vezes” (25,5%); (12) “inicia e termina uma tarefa em grupo, como por exemplo uma brincadeira ou jogo” (52,0%), seguida do “sim” (24,5%). Nos demais itens (3, 35, 36, 38), os resultados assim se

apresentaram para “não”, “às vezes”, “sim”, respectivamente: (3) “imita gestos ou comportamentos, demonstrando aprender por imitação, como reproduzir passos de uma coreografia” – 39,2%, 26,5%, 34,3%; (35) “relaciona-se de forma socialmente adequada com as crianças do seu meio” – 35,3%, 30,4%, 34,3%; (36) “relaciona-se de forma socialmente adequada com os adultos do seu meio” – 36,3%, 32,4%, 31,4%; (38) “participa de jogos e brincadeiras com os colegas” – 32,4%, 37,3%, 30,4%.

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 3	40	39,2%	27	26,5%	35	34,3%
item 12	53	52,0%	24	23,5%	25	24,5%
item 28	10	9,8%	21	20,6%	71	69,6%
item 35	36	35,3%	31	30,4%	35	34,3%
item 36	37	36,3%	33	32,4%	32	31,4%
item 37	54	52,9%	33	32,4%	15	14,7%
item 38	33	32,4%	38	37,3%	31	30,4%
item 39	53	52,0%	26	25,5%	23	22,5%

Os conteúdos dos itens acima implicam reciprocidade socioemocional – capacidade para iniciar interações sociais e compartilhar emoções, com imitação de comportamentos, de expressões faciais e de gestos –, e capacidade de desenvolver, manter e compreender relacionamentos, que são prejuízos importantes presentes na criança com o transtorno, que podem variar “de dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares”. (APA, DSM-5,2014, p. 96). A atenção compartilhada, marco importante do desenvolvimento da criança, manifesta-se, assim, na criança com TEA, por dificuldades de atenção a um parceiro social, a um objeto ou evento de interesse mútuo, cujos prejuízos são indicadores importantes para o diagnóstico do autismo, segundo Araújo (2011, p.182). Presentes desde muito cedo, tais dificuldades podem se manifestar pelo resto da vida do indivíduo. Na avaliação do desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações sociais em indivíduos com TEA devem ser consideradas variáveis relacionadas à idade, sexo e cultura do indivíduo.

Coordenação motora

Do ponto de vista motor – habilidades manuais e domínio corporal no ambiente, os resultados evidenciaram-se como positivos, pois o “sim” prevaleceu nos três itens: (32) “anda

curtas distâncias desviando-se, por exemplo, de móveis, objetos e pessoas” (78,4%), seguida do “ não” (12,7%); (30) “é capaz de segurar com mãos e dedos um objeto grande, como, por exemplo, uma bola” (77,5%), seguida do “às vezes” (18,6%); (31) “é capaz de usar dedos e mãos para manipular pequenos objetos, como, por exemplo, um lápis” (68,6%), seguida do “às vezes” (23,5%).

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 30	4	3,9%	19	18,6%	79	77,5%
item 31	8	7,8%	24	23,5%	70	68,6%
item 32	13	12,7%	9	8,8%	80	78,4%

Indivíduos com TEA podem apresentar quadros mórbidos associados, e um deles é o transtorno no desenvolvimento da coordenação. Em se tratando da manipulação e exploração de objetos, afora o interesse restrito, os mesmos podem ser manipulados de forma não usuais, comprometendo assim o brincar com objetos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de habilidades motoras, e principalmente cognitivas. Ressalta-se que a capacidade de brincar apresenta alterações significativas, observadas já no primeiro ano de vida da criança.

Tarefas e demandas do cotidiano

Nesta categoria têm-se cinco itens avaliados, com melhores resultados para o item 33: “consegue alimentar-se com quantidades adequadas e nos momentos certos” – “sim” (55,9%); “às vezes” (26,5%) e “não” (17,6%). Os resultados dos demais itens são os que seguem: (8) “comunica-se para pedir ajuda na resolução de um problema cotidiano” – “sim” (36,3%), “às vezes” (30,4%) e “ não” (33,3%); (9) “resolve sozinho problemas do seu cotidiano” – “não” (52,0%), “às vezes” (34,3%) e “sim” (13,7%); (10) “une-se a um adulto para resolver um problema do seu cotidiano” – “às vezes” (38,2%), “sim” (37,3%) e “não” (24,5%); (34) “consegue garantir o próprio conforto físico, como, por exemplo, tirar uma blusa se está com calor” – “sim” (34,3%), “não” (33,3%), “às vezes” (32,4%).

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 8	34	33,3%	31	30,4%	37	36,3%
item 9	53	52,0%	35	34,3%	14	13,7%
item 10	25	24,5%	39	38,2%	38	37,3%
item 33	18	17,6%	27	26,5%	57	55,9%
item 34	34	33,3%	33	32,4%	35	34,3%

Aplicação de conhecimentos

A avaliação da capacidade do aluno para aprender a ler (item 5), a escrever (item 6) e fazer cálculos simples (item 7), implica, assim entendemos, considerar o desempenho dos mesmos em atividades que antecedem tais aquisições, especialmente a leitura e a escrita, mas que estão implicadas nas mesmas. Há de se considerar nos resultados “sim” a presença no grupo de alunos já alfabetizados (item 40 traz que 11,8% são independentes na leitura e na escrita), assim como para o resultado “não”, que há três crianças da Educação Infantil com três anos de idade, e oito têm quatro anos de idade, do total de 28 crianças nessa etapa de ensino (cf. Apêndice A), assim como o grupo dos 18 alunos com quadros graves de TEA matriculados na escola especializada do Município, grupos esses que participaram da aplicação do Protocolo. Feitas essas ressaltas, vamos aos resultados por item: (5) “demonstra ter capacidade para aprender a ler”: “não” (39,2%), “às vezes” (27,5%), “sim” (33,3%); (6) “demonstra ter capacidade para aprender a escrever”: “não” (37,3%), “às vezes” (29,4%), “sim” (33,3%); (7) “demonstra ter capacidade para aprender a fazer cálculos simples”: “não” (45,1%), “às vezes” (27,5%), “sim” (27,5%). O item 11 – “inicia e termina uma tarefa única sozinho, como por exemplo, pintar um desenho”, pressupõe a presença de duas variáveis, quais sejam, a habilidade, em si, para a pintura e a dependência da criança em relação ao adulto para a realização desta e de outras atividades; os resultados neste item foram: “não” (50,0%), “às vezes” (26,5%) e “sim” (23,5%).

	NÃO		ÀS VEZES		SIM	
	N	%	N	%	N	%
item 5	40	39,2%	28	27,5%	34	33,3%
item 6	38	37,3%	30	29,4%	34	33,3%
item 7	46	45,1%	28	27,5%	28	27,5%
item 11	51	50,0%	27	26,5%	24	23,5%

Importante destacar nessa categoria, como afirmado na literatura, que crianças com TEA apresentam dificuldades específicas de aprendizagem leitura, escrita e aritmética, que são circunscritas a aprendizagens ou conquistas escolares. Embora os resultados avaliados não sejam satisfatórios, mesmos com as ressalvas acima, há de se considerar, as respostas “às vezes” somadas ao “sim”, e que 11,8% estão alfabetizados, portanto, dificuldades não devem ser significadas como impossibilidades.

Trazemos, na sequência, os itens 40 a 52 avaliados, com os seguintes classificadores: “realiza”, “realiza com ajuda”, “realiza de forma independente”. Portanto, são itens que remetem de forma direta à funcionalidade do aluno face às demandas do ambiente – atividades relacionadas aos autocuidados com o corpo, como vestuário, higiene corporal –, e, ainda, à alimentação e locomoção, e em atividades escolares – ler, escrever e realizar cálculos simples, e realizar atividades de forma sequencial, cujos resultados seguem na tabela abaixo.

Tabela 9. Distribuição dos itens 40 a 52 do PAEDI

	Não realiza		Com ajuda		Independente	
	N	%	N	%	N	%
item 40	63	61,8%	27	26,5%	12	11,8%
item 41	61	59,8%	30	29,4%	11	10,8%
item 42	37	36,3%	34	33,3%	31	30,4%
item 43	4	3,9%	14	13,7%	84	82,4%
item 44	4	3,9%	42	41,2%	56	54,9%
item 45	5	4,9%	60	58,8%	37	36,3%
item 46	8	7,8%	51	50,0%	43	42,2%
item 47	9	8,8%	46	45,1%	47	46,1%
item 48	11	10,8%	51	50,0%	40	39,2%
item 49	20	19,6%	38	37,3%	44	43,1%
item 50	24	23,5%	45	44,1%	33	32,4%
item 51	15	14,7%	40	39,2%	47	46,1%
item 52	11	10,8%	36	35,3%	55	53,9%

Tabela 10. P-valores da tabela 9

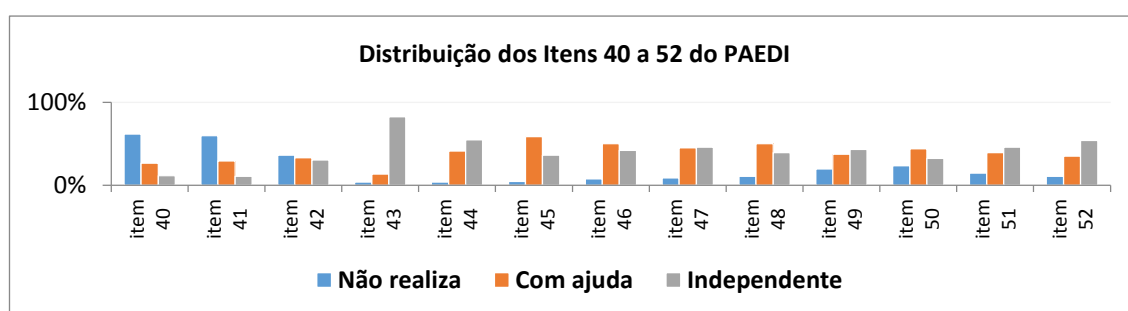
		Não realiza	Com ajuda
		item 40	Com ajuda
	Independente	<0,001	0,008
item 41	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	<0,001
item 42	Com ajuda	0,659	
	Independente	0,373	0,652

item 43	Com ajuda	0,014	
	Independente	<0,001	<0,001
item 44	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,050
item 45	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,001
item 46	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,261
item 47	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,888
item 48	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,121
item 49	Com ajuda	0,005	
	Independente	<0,001	0,392
item 50	Com ajuda	0,002	
	Independente	0,160	0,084
item 51	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,322
item 52	Com ajuda	<0,001	
	Independente	<0,001	0,007

Em relação aos valores de p , foram encontrados valores que refletem diferenças estatísticas significantes na maioria dos itens, quanto à respostada coluna “não realiza”.

No gráfico seguinte, é possível visualizar o conjunto dos resultados dos itens, assim como comparar os resultados em cada item avaliado.

Gráfico 13. Distribuição dos itens 40 a 52 do PAEDI



Para análise descritiva dos itens, os mesmos foram agrupados em duas categorias, quais sejam: aplicação de conhecimentos e tarefas e demandas do cotidiano. Assim como procedemos

anteriormente, os itens referentes a cada uma das categorias foram recortados da tabela 9 para facilitar a leitura dos dados.

Aplicação de conhecimentos

Dos 102 alunos, 12 (11,8%) dominam a leitura e a escrita (item 40), contra 61,8% não alfabetizados (não realizam) e 26,5% que realizam ambas atividades com ajuda, portanto, pode-se pressupor que estão em processo de aquisição da leitura e da escrita. Realizam cálculos simples (item 41), com independência (10,8%) dos alunos, contra 59,8% que não realizam e 26,5% que realizam com ajuda. Pode-se observar que nas três habilidades escolares há um percentual importante (26,5%) de alunos que estão em processo de aquisição das mesmas, pois as realizam com ajuda, o que indica potencialidades para suas aquisições. Ainda nesta categoria, tem-se a avaliação da capacidade do aluno de “concluir várias tarefas, de forma sequencial, como, por exemplo, escolher um brinquedo, brincar e guardá-lo” (item 42), com os seguintes resultados: “não realiza” (36,3%), realiza “com ajuda” (33,3%) e realiza com “independência” (30,4%).

	Não realiza		Com ajuda		Independente	
	N	%	N	%	N	%
item 40	63	61,8%	27	26,5%	12	11,8%
item 41	61	59,8%	30	29,4%	11	10,8%
item 42	37	36,3%	34	33,3%	31	30,4%

Tarefas e demandas do cotidiano

Em atividades de higiene pessoal – uso do banheiro, os resultados foram: (49) “vai ao banheiro para urinar coordenando as várias ações, como manipular as roupas, adotar posição correta e limpar-se”, com 43,1% de independência, contra 37,3% que o faz com ajuda e 19,6% com total dependência na atividade (não realiza), dependência essa também presente em 23,5% para o item 50 - “vai ao banheiro para defecar coordenando as várias ações, como manipular as roupas, adotar posição correta e limpar-se”, contra 44,1% que a realizam com ajuda e 32,4% que são independentes na atividade. “Lavar e secar as mãos” (item 44) é uma atividade sequencial às duas acima, com as seguintes respostas: independente (54,9%), com ajuda (41,2%) e não realiza (3,9%); a realização da higiene bucal – “escova os dentes” (item 45) não é realizada por 4,9% dos alunos, enquanto 58,8% a realizam com ajuda e 36,3% são independentes na atividade. Não há autonomia para vestir-se (item 46), desvestir-se (item 47)

e calçar meias e sapatos (item 48) para os seguintes percentuais de alunos, respectivamente: 7,8%, 8,8% e 10,8%, essas atividades são realizadas com ajuda por: 50,0% dos alunos (1ª e 3ª) e 45,1%, enquanto 42,2%, 46,1% e 39,2% dos alunos as realizam com independência. Na alimentação – comer (item 51): “come, coordenando as várias ações, como cortar, levar à boca, mastigar” e beber (item 52): “bebe, coordenando as várias ações como abrir, sugar ou tomar”, 46,1% e 53,9%, respectivamente, são independentes, enquanto as realizam com ajuda 39,2% e 35,3%, e não as realizam, por não coordenarem as ações, 14,7% e 10,8%. Por fim, e relacionado às demandas do cotidiano, tem-se o item 43: “sobe e desce escadas”, com 82,4% dos alunos independentes na atividade, contra 13,7% que a realizam com ajuda e 3,9% que não realizam a atividade.

	Não realiza		Com ajuda		Independente	
	N	%	N	%	N	%
item 43	4	3,9%	14	13,7%	84	82,4%
item 44	4	3,9%	42	41,2%	56	54,9%
item 45	5	4,9%	60	58,8%	37	36,3%
item 46	8	7,8%	51	50,0%	43	42,2%
item 47	9	8,8%	46	45,1%	47	46,1%
item 48	11	10,8%	51	50,0%	40	39,2%
item 49	20	19,6%	38	37,3%	44	43,1%
item 50	24	23,5%	45	44,1%	33	32,4%
item 51	15	14,7%	40	39,2%	47	46,1%
item 52	11	10,8%	36	35,3%	55	53,9%

Como considerações sobre os resultados das habilidades adaptativas acima avaliadas referentes às duas categorias, Saulnier, Quirnbach & Klin (2011, p.163) afirmam que “pesquisas têm demonstrado repetidamente que as habilidades adaptativas no Autismo são muito inferiores às habilidades cognitivas, e que os déficits mais significativos são observados no funcionamento social”. Tais discrepâncias, continuam os autores, parecem aumentar com o passar dos anos, o que significa dizer que apresentam “dificuldades para aplicar seus repertórios de habilidades em contextos diários e naturais”. Para a APA (2014), por sua vez, as discrepâncias entre suas capacidades adaptativas e capacidades cognitivas tendem a impactar de forma negativa no desempenho escolar de indivíduos com TEA, mesmo para aqueles com inteligência preservada, pois a rigidez e contínuas dificuldades de enfrentamento do novo não

favorecem sua independência face às demandas do meio, mesmo para indivíduos com inteligência preservada. (APA, DSM-5, 2014, p. 101).

Finalizamos a apresentação e análise desta seção, reiterando que a proposta do PAEDI diz respeito à avaliação inicial do aluno com deficiência e/ou TEA, a ser realizada anteriormente ao início do processo de ensino e de aprendizagem, numa perspectiva educacional/pedagógica, com vistas à educação inclusiva ou a menos restritiva possível. A análise dos seus resultados, pelo professor, possibilita ao mesmo conhecer o atual funcionamento do aluno, assim como inferir suas possibilidades futuras de aprendizagens. O enfoque, portanto, está na análise qualitativa do desempenho do aluno no conjunto das 52 questões que integram o instrumento, pois a proposta subjacente ao instrumento, reiteramos, visa, a partir do resultado apresentado por cada aluno, estabelecer uma proposta de ensino individualizado, considerando os conhecimentos e habilidades adquiridos a fim de que sejam mantidos, bem como o estabelecimento de objetivos pedagógicos que possam ser trabalhados para que novos conhecimentos e habilidades sejam adquiridas, “desenhando, assim, sistemas de apoio educacional adequado a cada caso” (MICCAS, D’ANTINO & VITAL (2014, n.p.).

Cabe reiterar a importância da avaliação dos fatores ambientais – mundo físico, social e atitudinal – atuantes na funcionalidade do indivíduo no mundo social, como facilitadores ou limitadores (OMS, CIF, 2004, p. 12), incluindo, no conjunto das habilidades, as de natureza acadêmica, portanto, de responsabilidade da instituição escolar.

6.3. PERFIL CLÍNICO DO ALUNO COM TEA NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES

Iniciamos esta seção com os resultados da avaliação dos 102 alunos – escala ABC.

Tabela 11. Resultado do Inventário de Comportamento da Criança Autista (Autism Behavior Checklist - ABC) – rede municipal de ensino de Embu das Artes – 2017

Nº	Idade/anos	ABC
C1	07	61
C2	09	52
C3	06	100
C4	05	77
C5	05	63
C6	05	106
C7	06	38
C8	03	50
C9	04	106
C10	04	91
C11	05	88
C12	05	14
C13	07	100
C14	07	94
C15	04	82
C16	05	106
C17	03	88
C18	05	48
C19	04	68
C20	08	40
C21	08	88
C22	06	63
C23	06	27
C24	09	81
C25	07	38
C26	09	40
C27	05	50
C28	05	84
C29	07	79
C30	12	80
C31	08	83
C32	07	42
C33	09	71
C34	10	64
C35	08	62
C36	06	80
C37	07	51

C38	06	46
C39	10	18
C40	08	20
C41	08	51
C42	07	86
C43	09	68
C44	11	58
C45	09	89
C46	08	99
C47	05	57
C48	08	55
C49	07	97
C50	04	75
C51	04	66
C52	06	56
C53	04	72
C54	12	94
C55	10	89
C56	07	75
C57	07	65
C58	10	76
C59	06	54
C60	03	106
C61	09	74
C62	03	80
C63	05	94
C64	04	98
C65	09	70
C66	10	55
C67	07	70
C68	07	93
C69	06	29
C70	10	76
C71	08	106
C72	07	132
C73	06	56
C74	08	41
C75	10	56
C76	09	80
C77	10	46
C78	05	94
C79	09	82
C80	08	85
C81	14	43
C82	10	78
C83	05	53
C84	05	62

C85	11	112
C 86	11	64
C87	14	116
C88	12	77
C89	10	81
C90	13	99
C91	15	106
C92	13	105
C93	13	16
C94	12	59
C95	10	90
C96	7	68
C97	7	81
C98	10	101
C99	7	46
C100	17	67
C101	5	57
C102	8	96

Fonte: a autora (2018)

Como mostrado na apresentação da amostra, os 102 alunos com diagnóstico de TEA na rede municipal de ensino, em outubro de 2017, significa uma prevalência nesta população de alunos de 1 caso para cada 181 estudantes. Este número merece duas considerações.

A primeira mostra que há um subdiagnóstico quando se considera a prevalência internacionalmente referida. De fato, relato do CDC (Centers for Disease Control and Prevention - <http://www.cdc.gov>) de 28 de março de 2014, indica a impressionante cifra de 1:68 como sendo a prevalência de TEA entre crianças de 8 anos de idade em 11 cidades dos EUA (MMWR, 2014). O TEA tornou-se, assim, o transtorno do desenvolvimento mais frequente, com alto impacto pessoal, familiar e social (FOMBONNE, 2009) acima das doenças autoimunes; Diabetes Mellitus tipo I, deficiência visual e auditiva (KOHANE et al., 2012). Por outro lado, o único dado de prevalência estimado para a população brasileira é de um estudo realizado em Atibaia, estado de São Paulo. Através de averiguação múltipla os autores estimaram a prevalência de 1:300 da população infantil (PAULA et al., 2011).

Levando em consideração esses dados pode-se considerar que a averiguação dos alunos com o diagnóstico de TEA no município de Embu das Artes é adequada. A título de comparação com amostra similar citamos a rede municipal de Barueri, SP. No ano de 2008, o município contabilizava 60.545 alunos matriculados na Educação Infantil e no Ensino Fundamental. Deles 1201 apresentavam NEEs, taxa de 1,98%. Do total de alunos com NEEs, 46 tinham o diagnóstico de TEA enquanto que um esperado conservador seria de 200 crianças (prevalência de 1:300) (GATTO e cols., 2012).

Na tabela 12, mostra-se as principais características clínicas observadas em uma amostra de 54 casos de alunos com o diagnóstico de TEA, cujos pais ou responsáveis atenderam ao convite para comparecer na escola frequentada pela criança e prestar as informações. Ressalta-se que este trabalho foi feito para obter informações mais detalhadas, além do diagnóstico, desses alunos, já que tais dados inexistem na Secretaria de Educação. Tal fato certamente se repete em municípios brasileiros por falta de interlocução entre o Sistema de Saúde e o de Educação. De fato, a literatura reflete o que provavelmente acontece na realidade: pouco interesse pelos profissionais da saúde mental em investigar aspectos cognitivos-comportamentais de crianças em AEE, e professores acusando a dificuldade de comunicação com a saúde. Este panorama é muito bem demonstrado por Mendes, Cia & Valadão (2015) no volume 4 da Série Observatório Nacional de Educação Especial. O livro mostra a experiência do funcionamento das SRMs em 37 municípios de cinco regiões brasileiras e a falta de entrosamento entre educação e saúde é reiteradamente apontado. Tal fato é também apontado por Silva, Molero & Roman (2016). Os autores realizaram investigação sobre a percepção dos professores sobre o funcionamento desta interface, no município de Santos, SP. O artigo conclui mostrando uma deficiente cooperação entre as duas áreas.

Tabela 12. Principais características clínicas e sociodemográficas de 54 alunos com diagnóstico de TEA. Dados fornecidos pelos familiares ou responsáveis através de entrevista dirigida.

Característica	Resultado
Sexo masculino	74%
Aluno do ensino fundamental	60%
Aluno escola especializada	20%
Aluno educação infantil	20%
Número de eventos gestacionais	308
Idade ao diagnóstico em anos (média e desvio padrão)	3,7 (1,6)
Diagnóstico pelo sistema de saúde do município	72%
*Concordância diagnóstica	95% **
Especificador DSM-5: deficiência intelectual	76%
Especificador DSM5: comprometimento da linguagem	77%
Especificador DSM5: outra condição médica	20%
Especificador DSM5: nível 1	26,5%
Especificador DSM5: nível 2	18,5%
Especificador DSM5: nível 3	55%
Pontuação total ABC (média e desvio-padrão)	73 (24)

Continuação...

Pontuação total PAEDI (média e desvio-padrão)	72 (14,7)
ABEP: classe C/D/E	80%
Heredograma: irmão com TEA	1 caso
Heredograma: existência de meio irmãos	18,5%

(*) 2 médicos: psiquiatra infantil e neuropediatra. (**) as 54 crianças foram observadas no ambiente escolar.

Das características relacionadas na Tabela 12, quando a informação existia para os 102 alunos com TEA realizamos comparação estatística, não havendo diferença significativa para as seguintes: distribuição dos alunos entre Educação Infantil, Ensino Fundamental e escola especializada; razão de sexo; pontuação total do ABC; pontuação total PAEDI. Estes dados permitem a sugestão de que a amostra dos 54 alunos seja representativa da amostra total de 102 alunos.

Os dados da Tabela 12 concordam com a observação acima sobre a prevalência, pois revelam observação adequada por parte dos profissionais da saúde na definição diagnóstica. Muitos pais relatavam que o diagnóstico tinha sido feito dentro de um programa, chamado Desenvolver, já relatado neste trabalho. Trata-se de uma equipe multidisciplinar da Secretaria de Saúde do Município que faz o seguimento de crianças com risco de problemas do desenvolvimento. Observa-se com isso, também, a média adequada ao diagnóstico de 3,7 anos. O diagnóstico precoce com intervenção adequada possibilita melhor desenvolvimento para as crianças. Também vale a observação que a impressão diagnóstica de um profissional habituado no atendimento de crianças com TEA na clínica TEA-MACK, coincidiu praticamente na totalidade dos casos com a dos médicos responsáveis pelo diagnóstico. Tal situação, por exemplo, é bem diferente de outro estudo, no qual com método e amostra similar a não concordância diagnóstica chegou a 30% (BRUNONI e cols., 2015).

De uma maneira geral, o perfil clínico dos alunos com diagnóstico de TEA no que diz respeito aos agravos perinatais e comorbidades é similar ao de outros estudos (GARCIA e cols., 2016). Não obtivemos dados da literatura informando a respeito da gravidade do quadro nos níveis 1, 2 e 3 como proposto pelo DSM-5 em outras amostras escolares. Como se observa, mais da metade das crianças foram classificadas no nível 3, no qual é necessário muito apoio substancial.

Finalmente, para avaliar a relação entre a gravidade do quadro clínico-comportamental com o perfil de funcionalidade, realizamos a comparação entre o ABC e o PAEDI. Como se sabe maiores pontuações do ABC revelam maior comprometimento e maiores pontuações no PAEDI, o contrário. Considerando a média da pontuação do ABC de 73 pontos, 31 alunos ficaram acima da média (57%), o que poderia indicar quadro mais grave. Já para o PAEDI a média da pontuação foi de 72 pontos e 24 alunos ficaram abaixo da

média (53%), indicando pior desempenho. Estes números apontam na direção de uma tendência de uniformidade na indicação do ABC e do PAEDI para alunos clinicamente e funcionalmente mais comprometidos. Análise mais minuciosa, no entanto, será necessária.

7. CONCLUSÃO

Este estudo foi resultado das primeiras ações do convênio de parceria firmado entre a Universidade Presbiteriana Mackenzie e a Secretaria de Educação do Município de Embu das Artes, na grande São Paulo e teve início com a análise documental sobre a política de Educação Especial inclusiva na rede municipal de ensino de Embu das Artes. Paralelamente levantou-se informações sobre o perfil de professores responsáveis pelo Atendimento Educacional Especializado e sobre a funcionalidade e perfil clínico dos alunos. A pesquisa foi realizada entre outubro de 2017 e setembro de 2018 e teve as seguintes conclusões: a) os 102 alunos com diagnóstico de TEA estão matriculados na Educação Infantil, Ensino Fundamental e na escola especializada do Município. Destes, a maioria do sexo masculino (73,5%), com média de idade de 7 anos. A porcentagem de matrículas, em 2017, se deu no Ensino Fundamental (55%) e na Educação Infantil (27,5%), número este expressivo de alunos com diagnóstico na primeira infância. b) a funcionalidade do grupo está comprometida mas pode-se observar que há ampla variação no desempenho, sendo que não há diferença entre meninos e meninas, e as piores pontuações ocorreram com os alunos da Educação Infantil, como esperado, pelas características do instrumento PAEDI; c) o perfil clínico indica comprometimento e características gerais de saúde dentro do esperado para populações similares; d) salienta-se que a média de idade do diagnóstico está entre 3 a 4 anos o que indica boa atuação do sistema de saúde do Município, resultado das ações do Projeto Desenvolver que integra o Programa Saúde da Criança, realizado em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o que afirma ser salutar a parceria entre a Universidade Presbiteriana Mackenzie – Programa de Pós-graduação em Distúrbio do Desenvolvimento e a Secretaria de Educação do Município, pois almeja-se, no caso dos resultados desta pesquisa, e de outras possíveis ações junto à rede de ensino, que os mesmos possam subsidiar ações que venham contribuir para o aprimoramento de sua política no campo da Educação Especial, com vistas à melhor qualificar o processo de escolarização do aluno com TEA, ao mesmo tempo que se materializa a função acadêmica da Universidade de conjugação de esforços entre pesquisa e extensão, voltadas à comunidade mais ampla.

A qualificação do processo de escolarização das crianças, algumas diagnosticadas precocemente representa ganhos significativos para as crianças e suas famílias, sendo de fundamental importância que sejam desenvolvidos programas de intervenções educacionais qualificadas e também precoces, a partir de avaliações multidisciplinares de natureza educacional/pedagógica, cujos resultados devem possibilitar a identificação dos pontos fortes do perfil de desenvolvimento, funcionalidade e aprendizagem da criança, tomados como ponto

de partida para o planejamento das intervenções educacionais especializadas, bem como a fundamental parceria entre o professor do AEE e professor do ensino regular e a área da saúde. Ou seja, em se tratando de crianças com TEA, dadas as especificidades do quadro, as áreas da saúde (diagnóstico e intervenções terapêuticas) e da educação se interpenetram, o que é expresso no modelo biopsicossocial da CIF. Tal modelo fornece ao professor recursos para suas intervenções, por focar a funcionalidade do indivíduo como o centro do processo de avaliação com vistas à planificação de ações pedagógicas, visando privilegiar suas possibilidades funcionais de participação e interação com o meio ambiente, a despeito da condição intrínseca da deficiência, tendo um olhar nas possibilidades de cada criança. Nesse sentido, reiteramos que a proposta do PAEDI diz respeito à avaliação inicial do aluno com deficiência e/ou TEA, a ser realizada anteriormente ao início do processo de ensino e de aprendizagem, numa perspectiva educacional/pedagógica, com vistas à educação inclusiva ou a menos restritiva possível. A análise dos seus resultados, pelo professor, possibilita ao mesmo conhecer o atual funcionamento do aluno, assim como inferir suas possibilidades futuras de aprendizagens, desenvolvimento da comunicação e interação social através da construção de um Plano Individual de Ensino adequado.

O uso da Escala ABC, no contexto escolar, é outro instrumento que pode auxiliar os professores nos casos de suspeita de TEA, e servir como indicativo para a busca, pelos pais, de uma avaliação clínica da criança.

Como conclusão da análise documental referente à política de Educação Especial do Município, consideramos que as estratégias para a meta 4/Educação Especial do Plano Municipal de Educação (2015-2025) são promissoras, e que uma vez implantadas, implicarão em transformações qualitativas importantes na oferta da Educação Especial pela rede de ensino. Cabe destacar que uma das estratégias da meta se refere à proposta de ampliação da equipe multiprofissional da escola especializada do Município, que passaria a contar, com profissionais da educação – pedagogos e professores especializados, medida relevante para a interlocução entre a área da saúde – intervenções clínicas/terapêuticas – com a área da educação. Outro ponto a destacar é que o PME propõe a organização de um currículo de Educação Especial para o Município, sugerindo intenção de continuidade do atendimento de alunos com deficiência pela escola especializada, modelo que é configurado na história da Educação Especial como segregado, pois, do total de 426 alunos com deficiência, 127 (29,8%) estão matriculados na escola especializada do Município, e destes 17,6% (18) com TEA, reiterando, assim, a polêmica questão tratada neste estudo quanto ao *locus* de atendimento desse segmento da

Educação Especial que, conforme revisão da literatura, não há consenso entre especialistas e pesquisadores.

O município se depara com o desafio quanto ao perfil de formação das professoras da SAED, pois nem todas são especializadas em Educação Especial, embora o próprio Município determine em lei que esse professor deve ser licenciado e especializado em Educação Especial. Há de se considerar, ainda, que professor capacitado não equivale ao especializado, e que mesmo a especialização não é suficiente face às complexas atribuições que esse profissional deve assumir, afora a diversidade do alunado público-alvo da Educação Especial, dentre os quais os com TEA, que requerem permanente qualificação desses professores.

Investimentos na formação de professores, a aliança entre educação e saúde e a elaboração de políticas públicas que garantam a formulação de propostas educacionais inclusivas, são questões centrais e urgentes.

Com os dados levantados e apresentados nessa pesquisa, estudos futuros são necessários visando: subsidiar ações que ofereçam melhores condições de atendimento a esse alunado; fortalecer a parceria entre o PPGDD da UPM e a Secretaria de Educação do Município de Embu das Artes; materializar a função acadêmica de conjugação dos esforços entre pesquisa e extensão voltada a comunidade. Existe a necessidade também de mais pesquisas que envolvam a investigação em sistemas educacionais municipais públicos, sobre:

- a escolarização inclusiva de alunos com Necessidades Educacionais Especiais (NEE), especificamente dos alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- políticas, propostas educacionais, estrutura e funcionamento das redes municipais de ensino do país, e sobre a qualidade da Educação Especial inclusiva oferecida;
- aumento de matrículas de alunos com TEA em escolas regulares municipais da rede pública de ensino;
- os impactos da escolarização no desenvolvimento de alunos com TEA;
- a inclusão de alunos com TEA nas diversas regiões do Brasil para que se possa estabelecer um panorama geral acerca da inclusão escolar.

Para finalizar, pontuamos, as dificuldades e desafios levantados no mapeamento dos alunado com TEA atendido pela rede municipal de ensino de Embu das Artes em seus aspectos escolares e clínicos e que devem resolvidos no âmbito do município. Nesse sentido, ao firmar parceria com a Universidade Mackenzie, o município realizou importante movimento voltado

ao contexto da Educação inclusiva, que não pode ser compreendido, modificado ou aprimorado, sem considerar a realidade em si da Educação do Município, e principalmente da educação nacional. Assim, defendemos nesta pesquisa, que a política de Educação inclusiva do Município seja compreendida no contexto da Educação Especial nacional e a importância da interlocução entre as áreas da saúde e educação.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Salete Regiane Monteiro. *A Inclusão Escolar das Crianças com Autismo do Ciclo I do Ensino Fundamental: pontos de vista do professor*. Dissertação [Mestrado em Educação]– Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Marília, 2014.

ALMEIDA, Maria Amélia; PIZA, Maria Helena Machado; LAMÔNICA, Dionísia Aparecida Cusin. Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, vol. 17, nº 2. Barueri, May/Aug.2005, n.p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-872005000200012> Acesso em: 29 jun. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V*. [recurso eletrônico]. Tradução: Maria Inés Corrêa Nascimento et.al; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. – 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<https://blogs.sapo.pt/cloud/file/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em: 05 maio.2017.

ANUÁRIO BRASILEIRO DA EDUCAÇÃO – 2017. Todos pela Educação. Disponível em: <www.todospelaeducacao.org.br. > Acesso em: 25 jun. 2018.

ARAÚJO, Ceres Alves. Psicologia e os Transtornos do Espectro do Autismo. In: Schwartzman J.S; Araújo C.A (Org.). *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, p. 173- 201.

BAGAROLLO, Maria Fernanda; RIBEIRO, Vanessa Veis; PANHOCA, Ivone. O brincar de uma criança autista sob a ótica da perspectiva histórico-cultural. *Rev. Bras. Ed. Esp.[online]* Marília, v. 19, n.1, p. 107-120, jan. Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382013000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em:07 jul. 2018.

BAPTISTA, Cláudio. R.; VIEGAS, Luciane.T. Educação Especial na Perspectiva Inclusiva: o papel do Conselho Municipal de Educação. *Currículo sem Fronteiras*, v.16, n.3, p.599-612, set/dez. 2016. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol16iss3articles/baptista-viegas.pdf>. Acesso em 04 mar.2018.

BIANCHI, Rafaela Cristina. *A Educação de Alunos com Transtornos do Espectro Autista no Ensino Regular: desafios e possibilidades*. Dissertação [Mestrado Profissional]. Programa de Pós-graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2017.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria [online]*. São Paulo, v. 28, p. 47-53, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. LDB 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Imprensa Oficial, 1967.

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.
- _____. Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996.
- _____. *Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas*. São Paulo: Cortez Editora, 1999.
- _____. MEC / SECADI /DPEE. *Nota Técnica nº 62 / 2011*, de 08 de dezembro de 2011a. Orientações aos Sistemas de Ensino sobre o Decreto nº 7.611/2011.
- _____. MEC/CEB. *Resolução CNE/CEB nº 2*, de 11 de setembro de 2001a. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.
- _____. MEC/SECADI/SEEP. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília, DF: MEC/SECADI, 2008.
- _____. MEC/SEESP. *Marcos Políticos-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Secretaria de Educação Especial – Brasília, 2010a, 72 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 86 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, 156 p.
- _____. *Lei nº 13.005/2014*, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.86 p. (Série legislação; nº 125).
- _____. Presidência da República. *Decreto nº 3.956*, de 8 de outubro de 2001b. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 out. 2001.
- _____. Presidência da República. *Decreto Nº 7.611/2011*, de 17 de novembro de 2011b. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências Brasília, DF, 2011.
- _____. Presidência da República. *Lei nº 12.764/2012*, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.
- _____. *Lei nº 13.146/2015*, de 6 de julho de 2015b. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- _____. *Lei nº 8.069/1990*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- _____. *Resolução CNE/CEB nº 4/2009*, de 2 de outubro de 2009b. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 17, 5 out. 2009.
- _____. MEC/INEP. *Censo Escolar 2017. Notas Estatísticas*. Brasília/DF. Jan. 2018..

BRASIL. MEC/SECADI/DEPEE/CGPAE. *Documento Orientador Programa Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais*, n.d.; 72 p.

_____. MEC/SEESP/GAB *Nota Técnica nº 19/2010a*. Profissionais de apoio para alunos com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento matriculados nas escolas comuns da rede pública de ensino.

_____. Presidência da República. *Lei nº 7.853/89*. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

_____. MEC/SECADO/DPEE. *Nota Técnica nº 24/2013*, de 21 de março de 2013. Orientações aos Sistemas de Ensino para a implementação da Lei nº 12.764/2012. MEC/SECADI/DPEE.

_____. MEC/SEESP/DPE. *Parecer 14/2009*. Terminalidade Específica.

_____. *Portaria Normativa nº 13/2007*, de 4 de abril de 2007. Dispõe sobre a criação do Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais.

_____. Presidência da República. *Decreto nº 6.949/2009*, de 25 de agosto de 2009a. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007.

_____. SEEST/GAB *Nota Técnica nº 11/2010 b*. Orientações para a Institucionalização da Oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares.

BRUNONI, Décio. Diagnóstico Etiológico dos Transtornos Específicos do Espectro do Autismo: quando e quais exames pedir? In: *Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas*. Novembro de 2014, vol. 1 n. 4. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/diagnostico-etiolgico-dos-transtornos-do-espectro-do-autismo-quando-e-quais-exames-pedir-11185>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRUNONI, Décio; MERCADANTE, Marcos; SCHWARTZMAN, José Salomão. Transtornos do Espectro do Autismo. In: LOPES, Antônio Carlos. *Clínica Médica. Diagnóstico e Tratamento*. 6º vol., Ed. Atheneu. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2014, p. 5731-5746. Disponível em: <http://up.mackenzie.br/fileadmin/ARQUIVOS/PUBLIC/user_upload/Transtorno_do_Espectro_do_Autismo_processo_seletivo_2015.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRUNONI, D.; D'ANTINO, M. E. F.; PAULA, C. S.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; CYSNEIROS, R. M., & SCHWARTZMAN, J. S. (2015). Avaliação diagnóstica em escolares com Transtorno do Espectro do Autismo na rede municipal de ensino de Barueri, SP. In: M. L. F. D'Antino, D. Brunoni & J. S. Schwartzman. (Ed.). *Contribuições para a inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: estudos interdisciplinares em educação e saúde em alunos com Transtorno do Espectro do Autismo no município de Barueri, SP* (pp. 89- 98). São Paulo: Memnon Edições Científicas.

BRYSON, S. E.; SMITH, I. S.; EASTWOOD, D. Obstetrical suboptimality. In: Autistic children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.27, p. 418-422, 1988.

CAMARGO, Sígla P. Höher; RISPOLI, Mandy. Análise do comportamento aplicada como intervenção para autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, v.26 n°47, set. /dez. 2013, Santa Maria, p.639-650. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

_____; BOSA, Cleonice Alves. Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade [online]*, vol. 21. n.1.. Florianópolis, jan. /abr. 2009, p.65-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000100008&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 20 jul.2018.

_____; BOSA, Cleonice Alves. Competência social, inclusão escolar e autismo: um estudo de caso comparativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]*. Brasília, jul/set, 2012, v. 28, n. 3, p. 315-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2018

CÂNDIDO, Flávia Ramos. *Tecnologias Assistivas e Inclusão Escolar: o uso do software GRID2 no Atendimento Educacional Especializado a estudantes com autismo em escola pública do Distrito Federal*. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade de Brasília, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC, 2014). Disponível em: <https://www.cdc.gov/media/releases/2014/p0327-autism-spectrum-disorder.html>. Acesso em: 05 set. 2017.

CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1995

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. bras. Epidemiol. [online]*. 2008, vol.11, n.2, p.324-335. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. Uma introdução à CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, vol. 35, n. 121, enero-junio, 2010, p. 122-123. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100513733013>>. Acesso em: 04 ago.2018.

EMBU DAS ARTES (Município). Lei nº 2827/2015, de 18 de junho de 2015 – Institui o Plano Municipal de Educação e dá outras providências. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/plano-municipal-de-educacao-embu-das-artes-sp>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

EMBU DAS ARTES (Município). Lei complementar nº 252, de 17 de dezembro de 2014 - Dispõe sobre alteração da lei complementar nº 183 de 02 de abril de 2012, que institui o plano de cargos, carreira e vencimentos do quadro do magistério público municipal de Embu das Artes e dá outras providências. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/e/embu-das-artes/lei-complementar/2014/25/252/lei-complementar-n-252-2014....>> . Acesso em 21 nov. 2018.

FORTUNATO, Ana Rita Jesus. *A importância do Método TEACCH na inclusão de uma criança autista – estudo de caso*. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. Faro, Portugal, 2015.

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19218885>. Acesso em: 20 jan. 2018.

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra.T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *J. Pediatr.* (Rio J.), v.80. Porto Alegre. Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0021-75572004000300011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 maio 2018.

GARCIA, A HC; VIVEIROS MM; SCHWARTZMAN, JS & BRUNONI. Transtornos do espectro do autismo: avaliação e comorbidades em alunos de Barueri, São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(1), 166-177. São Paulo, SP, jan.- abr. 2016. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p166-177>.

GATTO, Karina de Roig. *Perfil sócio demográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da rede municipal de ensino regular e especial de Barueri*. Dissertação [Mestrado] - Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2010.

GIARDINETO, Andréa Rizzo dos S. Boettger. *Comparando a interação social de crianças autistas: as contribuições do programa TEACCH e do currículo Funcional Natural*. Dissertação [Mestrado em Educação Especial] - Universidade Federal de São Carlos, 2005.

GOMES, Camila Graciella Santos; MENDES, Enicéia Gonçalves. Escolarização de alunos com autismo na rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v.16, n.3, p.375-396, set.- dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000300005. Acesso em 08 maio 2018.

GOMES, Rosana Carvalho; NUNES, Débora R.P. Interações comunicativas entre uma professora e um aluno com autismo na escola comum: uma proposta de intervenção. *Educ. Pesqui.* São Paulo, v. 40, n.1, p. 143-161, jan. /mar.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v40n1/10.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de nov. 2017.

KASSAR, Mônica de Carvalho Magalhães. Educação especial na perspectiva da educação inclusiva: desafios da implantação de uma política nacional. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n.41, p. 61-79, jul. /set. 2011. Editora UFPR. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602011000300005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 ago. 2018.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo v. 28, p. 3-11, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500002. Acesso em: 04 jan.2018.

KOHANE, I, S.; MCMURRY, A.; WEBER, G. The Co-Morbidity Burden of Children and Young Adults with ASD. *PlosOne*. 2012; 7: e33224.

LEMOS, Emellyne Lima de M. Dias; SALOMÃO, Nádia Maia Ribeiro; AGRIPINO-RAMOS, Cibele Shirley. Inclusão de Crianças Autistas: um Estudo sobre Interações Sociais no Contexto Escolar. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 20, n. 1, p. 117-130, jan. /mar., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v20n1/a09v20n1.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

LIMA, Stéfanie Melo; LAPLANE, Adriana Lia Frizzman de. Escolarização de alunos com autismo. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 22, n.2, p. 269-284, abr.- jun., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382016000200269&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 ago. 2018.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1996.

MAINARDES, Jefferson. A abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição par a análise de políticas educacionais. *Educação & Sociedade*, Campinas, v.27, n. 94, p.47-69, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/es/v27n94/a03v27n94.pdf>. Acesso em: 13 dez.2017.

MARTELETO, M. R. F.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Validade de Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA): estudo preliminar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, nº4, p. 295-30, 2005.

MATOS, Selma Norberto; MENDES, Enicéia Gonçalves. A Proposta de Inclusão Escolar no Contexto Nacional de Implementação das Políticas Educacionais. *Práxis Educacional*. Vitória da Conquista, v. 10, nº 16, p. 35-59, jan. /jun. 2014. (Dossiê Temático Currículo e Prática Pedagógica. Disponível em: <<http://periodicos.uesb.br/index.php/praxis/article/viewFile/2889/2571>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. *Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 1996.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Pesquisas sobre inclusão escolar: Revisão da agenda de um grupo de pesquisa. *Revista Eletrônica de Educação*. São Carlos, SP: UFSCar, v.2, no. 1, p 3-25, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

_____. Breve histórico da educação especial no Brasil. *Revista Educación y Pedagogia*, vol. 22, n.57, mayo-agosto, 2010. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/article/view/9842/9041>. Acesso em 05 de jul. 2018.

MENDES EG; CIA F; VALADÃO GT (Orgs). *Inclusão Escolar em Foco: Organização e Funcionamento do Atendimento Educacional Especializado*. Volume 4, 520p. Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial (São Carlos), 2015.

MENEZES, Adriana Rodrigues Saldanha de. *Inclusão escolar de alunos com autismo: quem ensina e quem aprende?* Dissertação [Mestrado em Educação Inclusiva e Processos Educacionais] - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, 2012.

MICCAS, Camila; VITAL, Andréa Aparecida Francisco; D'ANTINO, Maria Eloisa Famá. Avaliação de Funcionalidade em Atividades e Participação de alunos com Transtorno do Espectro do Autismo. *Revista Psicopedagogia [online]*, v.31, edição 94, 2014. Disponível em: <<http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/82/avaliacao-de-funcionalidade-em-atividades-e-participacao-de-alunos-com-transtornos-do-espectro-do-autismo>>. Acesso em 15 de maio de 2018.

MICCAS, Camila. *Adaptação Cultural para o Brasil da Matriz de Avaliação das Atividades e Participação para Autismo (MAAPA)*. Tese [Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento] - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2015.

MMWR. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Age 8 years. 2014. 63(2), March 28.

NEVES, Anderson Jonas das et al. Escolarização formal e dimensões curriculares para alunos com autismo: o estado da arte da produção acadêmica brasileira. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 30, n. 02, p. 43-70, abril-junho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982014000200003>. Acesso em: 16 dez. 2017.

NUNES, Débora Regina de Paula; AZEVEDO, Mariana Queiroz Orrico de; SCHIMIDT, Carlo R.C. Inclusão educacional de pessoas com Autismo no Brasil: uma revisão da literatura. *Revista Educação Especial*, v. 26, n. 47, p. 557-572, set. /dez. 2013. Santa Maria. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/10178/pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

OLIVEIRA, Bruno Diniz Castro de. et al. Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro [online]. vol.27 [3]: 707-726, 2017. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000300707&script=sci...tlnq>. Acesso em: 20 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF*. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 5 maio 2018.

_____. *Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde -CID-10*. Revisão. 8ª ed. (Tradução do Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português). São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2000.

PAULA CS; RIBEIRO, S. H.; FOMBONNE, E.; MERCADANTE, M. T. Brief Report: Prevalence Of Pervasive Developmental Disorder In Brazil: A Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 41, p. 1738-1742, 2011.

PERISSINOTO, Jacy. Linguagem e comunicação nos Transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C.A. (Org.). *Transtorno do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, p. 202-208.

PLETSCH, Márcia Denise. Uma Análise sobre o Atendimento Educacional Especializado: políticas, práticas e formação de professores. *InterMeio: revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, Campo Grande, MS, v.18, n.36, p. 150-161, jul. /dez. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufms.br/index.php/intm/article/view/2379/0>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. A escolarização de pessoas com deficiência intelectual no Brasil: da institucionalização às políticas de inclusão (1973-2013). *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas*, vol. 22, n. 81, agosto de 2014 (Dossiê Educação Especial: diferenças, currículos e processos de ensino e aprendizagem). Disponível em: <<https://epaa.asu.edu/ojs/article/download/1616/1325>>. Acesso em: 02 set. 2018.

POKER, Rosimar Bortolini et al. *Plano de desenvolvimento individual para o atendimento educacional especializado*. São Paulo: Cultura Acadêmica; Marília: Oficina Universitária, 2013, 184p.

RIBEIRO, Daniela Mendonça; MELO, Nínive Rodrigues Cavalcanti de; SELLA, Ana Carolina. A Inclusão de estudantes com autismo na rede municipal de ensino de Maceió. *Revista Educação Especial*, v. 30, nº 58, p. 425-440, maio/ago.2017. Disponível em: <www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em: 18 dez. 2017.

RIVIÈRE, Ángel. O autismo e os transtornos globais do desenvolvimento. In: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús & colaboradores. *Desenvolvimento Psicológico e Educação – transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais – 2ª ed.* – Porto Alegre: Artmed, 2004, v. 3, p. 234-269.

RUARO, João A. et al. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. *Rev. Bras. Fisioterapia*. São Carlos, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2012nahead/pt_aop060_12insci1400.pdf>. Acesso em: 15 ago.2018.

SANTOS, Emilene Côco dos. Caminhos da Inclusão: possíveis percursos da escolarização da criança com autismo. X CONPE – Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional. Universidade Federal de Maringá/PR, 2011. Disponível em: <www.abrapee.psc.br/xconpe/trabalhos/1/63.pdf>. Acesso em 5 ago. 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)*, 1ª edição, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//protocolo_tea_sp_2014.pdf>. Acesso em:05 set. 2018.

_____. *Portaria Conjunta CENP/COGSP/CEI/2009*, de 6de julho de 2009. Dispõe sobre a Terminalidade.

SAULNIER, Celine; QUIRMBACH, Linda; KLIN, Ami. Avaliação clínica de crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C.A. (Org.). *Transtorno do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, p. 159-172.

SCHMIDT, Carlo et al. Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática (on-line)*, v.17, n. 3, p. 222-235. São Paulo, jan.-abr. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Condições associadas aos Transtornos do Espectro do Autismo. In: _____; ARAÚJO, C.A. (Org.). *Transtorno do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011, p. 123-143.

SERRA, Dayse Carla Genero. *Entre a esperança e o limite: um estudo sobre a inclusão de alunos com autismo em classes regulares*. Tese [Doutorado em Psicologia Clínica] - Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro; 2008.

_____. *A inclusão de uma criança com autismo na escola regular: desafios e processos*. Dissertação [Mestrado em Educação Especial] - Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2004.

SERRA, Dayse Carla Genero. Sobre a inclusão de alunos com autismo na escola regular. Quando o campo é quem escolhe a teoria. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v.1 n. 2, p. 163-176, jul. /dez. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/66>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

SILVA, Maria Odete Emygdio da. Da Exclusão à Inclusão: concepções e práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 2009, 13, p.135-153. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502009000100009. Acesso em: 20 maio 2018.

SILVA, João Rakson Algelim da; SANTOS, João Otacílio Libardoni dos. Atendimento Educacional Especializado. Autismo e Habilidades Sociais em Ambientes Escolares: um estudo de revisão. *Revista Amazonida*, 2016, ano 1, nº 2, p. 100-113. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufam.edu.br/amazonida/article/view/3635>>. Acesso em: 18 maio 2018.

SILVA, Sandra Francisca da; ALMEIDA, Amélia Leite de. Atendimento educacional especializado para alunos com autismo: desafios e possibilidades. *Intl. J. of Knowl. Eng.* Florianópolis, 2012, v. 1, p. 62-88. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/IJKEM/article/view/1923>>. Acesso em: 20 maio 2018.

SILVA, Carla Cilene Baptista da; MOLERO, Elaine Soares da Silva; ROMAN, Marcelo Domingues. The interface between health and education: teacher perceptions about inclusive education. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2016, 20.1: 109-115.

SUPLINO, Maryse. *Currículo funcional natural: guia prático para a educação na área do autismo e deficiência mental*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005 (Coleção de Estudos e Pesquisa na Área da Deficiência, v. 11).

TEIXEIRA, Maria Cristina Triguero Veloz *et al.* Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v. 56, n 5, p. 607- 14, maio, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302010000500026&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2018.

UNESCO. *Declaração Mundial sobre Educação para Todos: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem*. UNESCO, Jomtien/Tailândia, 1990.

_____. *Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais*. Brasília: UNESCO, 1994.

VELLOSO, R. L., VINIC, A. A., DUARTE, C. P., D'ANTINO, M. E. F., BRUNONI, D., & SCHWARTZMAN, J. S. (2011). Protocolo de avaliação diagnóstica multidisciplinar da equipe de transtornos globais do desenvolvimento vinculado à pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 11(1), 9-22.

VILARONGA. C. A. R.; MENDES. E. G. Ensino colaborativo para o apoio à inclusão escolar: práticas colaborativas entre os professores *Rev. bras. Estud. Pedagog.* [online], Brasília, v. 95, n. 239, p. 139-151, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-66812014000100008&script=sci_abstract&tlng=p> Acesso em: 17 jun.2018.

VISANI, Paola; RABELLO, Silvana. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* vol.15 no.2 São Paulo, June, 2012, p. 293-308. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n2/06.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

VITAL, A. A. F. *Transtorno do Espectro do Autismo e o Atendimento Educacional Especializado de uma Rede Municipal de Educação do Estado de São Paulo*. Tese (Doutorado em Distúrbio do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

WALTER, Cátia C. de Figueiredo. Reflexões sobre o currículo funcional/natural e o PECS – Adaptado no processo de inclusão do aluno com autismo. *Inc. Soc.* Brasília, DF; v. 10 n.2, p. 132-140, jan. /jun. 2017. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4038/3376>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ZANON, Regina Basso; BACKES, Bárbara; BOSA, Cleonice Alves. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.30 n. 1, p. 25-33, Jan-Mar 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/04.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

ZORZETTO, Ricardo. Alterações no córtex temporal podem causar prejuízo na percepção de informações importantes para a interação social. *Pesquisa Fapesp*, junho de 2011, p. 16-23. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2012/04/016-023-184.pdf>>. Acesso em: 07 fev.2018.

Município de Embu das Artes – sites consultados

- Artes <http://www.agendis.org.br/index.php/cidades/embu-das-artes>
- <http://www.cnm.org.br>
- <http://cidadeembudasartes.sp.gov.br/embu/portal/secretaria/ver/538>
- <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/embu-das-artes/panorama>
- <https://www.google.com/search?q=atividades+para+trabalhar+no+saede&tbm=isch&tbs=rimg:CV98f1-82dRqljissIMM73BSJPCL2WifAJQe3-BRFdM3CXCu50sVIDZF88CFWnpTgzbJW>
- <https://leismunicipais.com.br/plano-municipal-de-educacao-embu-das-artes-sp>

ANEXOS

ANEXO A – APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO




São Paulo, 24 de agosto de 2017

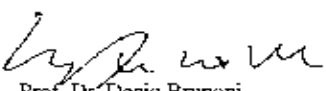
DECLARAÇÃO

Declaramos que CATHERINE OLIVEIRA DE ARAÚJO é aluna de doutorado do Curso de pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento e está desenvolvendo o projeto de pesquisa ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS DE INCLUSÃO DE ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM ESCOLAS MUNICIPAIS DE EMBU DAS ARTES/SP.

Nosso programa de pós-graduação tem interesse central na problemática do presente projeto e a aluna terá todos o apoio técnico para realizar o mesmo. Pretendemos realizar pesquisa documental e presencial. É também nosso interesse interagir com a equipe da educação especial da Secretaria de Educação do Município para trocar experiências nesta área. Nossa atuação se fará de comum acordo com os técnicos da SE e as agendas serão marcadas dentro da conveniência dos professores, alunos e famílias.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Maria Elisa Faria D'Antino
Orientadora


Prof. Dr. Decio Brunoni
Co-Orientador

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do projeto de pesquisa “Inclusão de alunos com Transtornos do Espectro Autista (TEA) em escolas municipais de Embu das Artes/SP”, que se propõe a analisar os processos de inclusão do alunado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas escolas da rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. Os dados para estudo serão coletados através do preenchimento de questionários dirigidos aos pais e professores de crianças com TEA matriculados na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. O instrumento/questionário será aplicado pela Pesquisadora Responsável e tanto o instrumento para coleta de dados quanto o contato interpessoal oferecem riscos mínimos aos participantes como cansaço ou desconforto ao responder ao questionário.

Em qualquer etapa do estudo os participantes e a Instituição terão acesso à Pesquisadora Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas a Pesquisadora Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie** “é um Colegiado interdisciplinar, com *múnus público*, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” – Rua da Consolação, 896 – Ed. João Calvino – 4º andar sala 400 – telefone 2766-7615 – prpg.pesq.etica@mackenzie.br. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Assim, considerando-se o exposto, solicitamos o consentimento desta Instituição para o contato com os Participantes da Pesquisa. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pela Pesquisadora Responsável. Estou ciente de que a participação da Instituição e dos Sujeitos de Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos têm o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Representante Legal da Instituição: _____

Assinatura do Representante Legal da Instituição: _____

Declaro que expliquei ao Responsável pela Instituição os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Catherine Oliveira de Araújo

Prof.ª. Dra. Maria Eloísa Fáma D’Antino

R. Piauí, 181, 6º andar - Higienópolis, São Paulo - SP, 01241-001

Telefone: (11) 2114-8152

mariaeloisa.dantino@mackenzie.br

Universidade Presbiteriana Mackenzie

ANEXO C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do projeto de pesquisa “Inclusão de alunos com Transtornos do Espectro Autista (TEA) em escolas municipais de Embu das Artes/SP”, que se propõe a analisar os processos de inclusão do alunado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas escolas da rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. Os dados para estudo serão coletados através do preenchimento de questionários dirigidos aos pais e professores de crianças com TEA matriculados na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. O instrumento/questionário será aplicado pela Pesquisadora Responsável e tanto o instrumento para coleta de dados quanto o contato interpessoal oferecem riscos mínimos aos participantes como cansaço ou desconforto ao responder ao questionário.

Em qualquer etapa do estudo os participantes e a Instituição terão acesso à Pesquisadora Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas a Pesquisadora Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie** “é um Colegiado interdisciplinar, com *munus público*, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” – Rua da Consolação, 896 – Ed. João Calvino – 4º andar sala 400 – telefone 2766-7615 – prpg.pesq.etica@mackenzie.br. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pela Pesquisadora Responsável. Estou ciente de que a participação da Instituição e dos Participantes da Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos têm o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Participante da Pesquisa: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Declaro que expliquei ao Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Catherine Oliveira de Araujo

Profª. Dra. Maria Eloísa Fáma D’Antino
R. Piauí, 181 - Higienópolis, São Paulo - SP, 01241-001
Telefone: (11) 2114-8152
mariaeloisa.dantino@mackenzie.br
Universidade Presbiteriana Mackenzie

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do projeto de pesquisa “Inclusão de alunos com Transtornos do Espectro Autista (TEA) em escolas municipais de Embu das Artes/SP”, que se propõe a analisar os processos de inclusão do alunado com Transtorno do Espectro Autista (TEA) nas escolas da rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. Os dados para estudo serão coletados através do preenchimento de questionários dirigidos aos pais e professores de crianças com TEA matriculados na rede municipal de ensino de Embu das Artes/SP. O instrumento/questionário será aplicado pela Pesquisadora Responsável e tanto o instrumento para coleta de dados quanto o contato interpessoal oferecem riscos mínimos aos participantes como cansaço ou desconforto ao responder ao questionário.

Em qualquer etapa do estudo os participantes e a Instituição terão acesso à Pesquisadora Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terão o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas a Pesquisadora Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie** “é um Colegiado interdisciplinar, com *munus público*, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” - Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino – 4º andar sala 400 – telefone 2766-7615 – prpg.pesq.etica@mackenzie.br. Desde já agradecemos a sua colaboração

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pela Pesquisadora Responsável. Estou ciente de que a participação da Instituição e dos Participantes da Pesquisa é voluntária, e que, a qualquer momento ambos têm o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-se da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Responsável pelo Participante da Pesquisa: _____

Assinatura do Responsável pelo Participante da Pesquisa: _____

Declaro que expliquei ao Responsável pelo Participante da Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Catherine Oliveira de Araujo

Profª. Dra. Maria Eloísa Fâma D’Antino
R. Piauí, 181 - Higienópolis, São Paulo - SP, 01241-001
Telefone: (11) 2114-8152
mariaeloisa.dantino@mackenzie.br
Universidade Presbiteriana Mackenzie

ANEXO E – MUTIRÕES EMBU DAS ARTES – FICHA DE TRIAGEM 2017/2018

DATA: __/__/____ Local: _____

Nome do aluno: _____ Data nasc: __/__/____

Qual a escola que frequenta em 2017: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Nome do pai: _____ Idade: _____

Endereço da família. Rua _____ Nº. ____

Bairro: _____ CEP: _____ Contato telefônico _____

Algum e-mail? _____

Explicar nosso projeto de pesquisa. A família quer participar: () sim () não

DIAGNÓSTICO DE TEA () definitivo () suspeito () com laudo () sem laudo

Quem deu o diagnóstico? _____ A criança tinha ____ anos

HISTÓRICO MÉDICO/ FAMILIAR E AVALIAÇÃO CLÍNICA

Impressão clínica: () TEA CONFIRMADO () TEA SUSPEITO () NÃO TEA**DSM-5 299 - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Especificar se:	
Com comprometimento intelectual concomitante.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Com comprometimento da linguagem concomitante.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Associado a alguma condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental.	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> Não
Usar código adicional para identificar a condição médica ou genética associada.	CID10: _____
Associado a outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental.	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? <input type="checkbox"/> Não
Com catatonia.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Especificar gravidade: () NIVEL 1 () NIVEL 2 () NIVEL 3**(Ler para os pais níveis de gravidade)**

(continuação)

Nível de Gravidade	Comunicação Social	Comportamentos Restritos e Repetitivos
Nível 3 “exigindo muito apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: APA/DSM-5, 2014, p. 96.

ANEXO F – IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE OS ALUNOS COM O DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE TEA – QUESTIONÁRIO OBSTÉTRICO

HISTÓRICO GESTACIONAL

Nome do Aluno: _____

Nome de quem responde: _____

É a mãe Biológica? () sim () não. Se não, quem é _____

A mãe nasceu ____/____/___ O pai nasceu ____/____/____

Todas as gestações que resultaram em filhos vivos devem ser registradas. Todas com o mesmo marido?

sim () Se não for, indique quais gestações foram com outro marido. Indique A1 (O aluno) com seta.

Gestação/Número	Recém-Nascido Vivo	Data

EVENTOS QUE ACONTECERAM DURANTE A GESTAÇÃO, AO NASCIMENTO E NA VIDA PÓS-NATAL

(baseado em: BRYSON, S. E.; SMITH, I. S.; EASTWOOD, D. Obstetrical suboptimality in autistic children. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v.27, p. 418-422, 1988).

Evento		Não sei	Não	Sim	Comentários
1	Gestação não foi planejada.				
2	Gestação não foi desejada.				
3	Gestação foi complicada.				
4	Fez pré-natal regularmente.				
5	Teve depressão.				
6	Teve algum exame alterado.				
7	Teve pressão alta.				
8	Teve diabetes.				
9	Teve febre alta.				
10	Teve infecção confirmada.				
11	Teve alguma doença.				
12	Teve internação hospitalar.				

(continuação)

Evento		Não sei	Não	Sim	Comentários
13	Teve perda de sangue.				
14	Teve anemia.				
15	Teve ameaça de parto prematuro.				
16	Teve parto prematuro.				
17	Tomou antibióticos.				
18	Tomou anti-convulsivos.				
19	Tomou sedativos ou antidepressivos.				
20	Tomou algum outro tipo de medicamento.				
21	Ultrassom diagnosticou algum problema no bebê.				
22	Bolsa rompeu antes do tempo.				
23	Placenta tinha algum problema.				
24	Parto foi espontâneo.				
25	Parto foi <i>fórceps</i> .				
26	Parto foi cesárea.				
27	Parto foi demorado.				
28	Bebê estava sentado.				
29	Bebê teve sofrimento.				
30	Bebê eliminou fezes na bolsa das águas.				
31	Bebê pesou menos do que 2500 g.				
32	Bebê não chorou logo.				
33	Bebe teve que ser reanimado.				
34	Bebê nasceu roxinho.				
35	Bebê foi entubado.				
36	A nota do bebê no 1º minuto foi < 7.				
37	A nota do bebê no 5º minuto foi < 5.				
38	Bebê teve hemorragia na cabeça.				
39	Bebê teve infecção grave.				
40	Bebê teve defeito congênito.				
41	Bebê teve convulsão.				
42	Teve icterícia (ficou amarelo).				
43	Fez fototerapia.				

(continuação)

Evento		Não sei	Não	Sim	Comentários
44	Bebê teve alguma outra doença no berçário.				
45	Bebê não sugou o seio materno.				
46	Bebê teve alta até 3 dias de vida.				
47	Teve alta entre 4 e 7 dias de vida.				
48	Teve alta após 7 dias de vida.				
49	Bebê reinternou antes de 30 dias de vida.				
50	Teve alguma doença grave após a alta e até 30 dias de vida.				

ITENS POSITIVOS: DESCREVA. SE NECESSÁRIO, USE VERSO

<p>Teve algum agravo importante à saúde até hoje? Internação hospitalar, cirurgia, entre outros.</p> <p>() Não () SIM , descreva</p> <p>GUIA:</p> <p>() defeitos congênitos</p> <p>() alterações genéticas</p> <p>() convulsões</p> <p>() Transtornos Psiquiátricos</p>

ANEXO G – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP): CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL (ABEP)

Para a classificação sócio-econômica dos entrevistados, estamos utilizando o critério: ABEP 2015. Este critério é baseado na soma de pontos, conforme segue.

Por favor, circule o grau de instrução do chefe da família, ou seja, da pessoa que traz renda para a família do paciente.

Os pontos estão no corpo da tabela abaixo:

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secador de Roupa	0	2	2	2	2

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto/ Fundamental I incompleto	0
Fundamental II completo/ Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo/ Médio Incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços Públicos		
	Não	Sim
Água Encanada	0	4
Rua Pavimentada	0	2

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

ANEXO H –INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS AUTÍSTICOS (ICA): ESTUDO PRELIMINAR (ESCALA ABC)

(MARTELETO, M.R.F., PEDROMÔNICO, M.R.M Revista Brasileira de Psiquiatria,
Vol. 27, n. 4, p. 295-301, 2005)

Nome da criança: _____ Data da aplicação ___/___/___

Idade da criança: _____ Data de nascimento ___/___/___

COMPORTAMENTO		ES	RE	CO	LG	PS
1	Gira em torno de si por longo período de tempo.			4		
2	Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente.					2
3	É raro atender estímulo não-verbal social/ambiente (expressões, gestos, situações).		4			
4	Ausência de resposta para solicitações verbais - venha cá; sente-se.				1	
5	Usa brinquedos inapropriadamente.			2		
6	Pobre uso da discriminação visual (fixa uma característica objeto).	2				
7	Ausência do sorriso social.		2			
8	Uso inadequado de pronomes (eu por ele).				3	
9	Insiste em manter certos objetos consigo.			3		
10	Parece não escutar (suspeita-se de perda de audição).	3				
11	Fala monótona e sem ritmo.				4	
12	Balança-se por longos períodos de tempo.			4		
13	Não estende o braço para ser pego (nem o fez quando bebê).		2			
14	Fortes reações frente a mudanças no ambiente.					3
15	Ausência de atenção ao seu nome quando entre 2 outras crianças.				2	
16	Corre interrompendo com giros em torno de si, balanceio de mãos.			4		
17	Ausência de resposta para expressão facial/sentimento de outros.		3			
18	Raramente usa "sim" ou "eu".				2	
19	Possui habilidade numa área do desenvolvimento.					4
20	Ausência de respostas a solicitações verbal envolvendo o uso de referenciais de espaço.				1	
21	Reação de sobressalto a som intenso (suspeita de surdez).	3				
22	Balança as mãos			4		
23	Intensos acessos de raiva e/ou frequentes "chiliques".					3
24	Evita ativamente o contato visual.		4			
25	Resiste ao toque / ao ser pego / ao carinho.		4			
26	Não reage a estímulos dolorosos.	3				
27	Difícil e rígido no colo (ou foi quando bebê).		3			
28	Flácido quando no colo.		2			
29	Aponta para indicar objeto desejado.				2	
30	Anda nas pontas dos pés.			2		

(continuação)

COMPORTAMENTO		ES	RE	CO	LG	PS
31	Machuca outros mordendo, batendo, etc.					2
32	Repete a mesma frase muitas vezes.				3	
33	Ausência de imitação de brincadeiras de outras crianças.		3			
34	Ausência de reação do piscar quando luz forte incide em seus olhos.	1				
35	Machuca-se mordendo, batendo a cabeça, etc.			2		
36	Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente).					2
37	Não aponta para mais que cinco objetos.				1	
38	Dificuldade de fazer amigos.		4			
39	Tapa as orelhas para vários sons.	4				
40	Gira, bate objetos muitas vezes.			4		
41	Dificuldade para o treino de toailete.					1
42	Usa de 0 a 5 palavras/dia para indicar necessidades e o que quer.				2	
43	Frequentemente muito ansioso ou medroso.		3			
44	Franze, cobre ou virar os olhos quando em presença de luz natural.	3				
45	Não se veste sem ajuda.					1
46	Repete constantemente as mesmas palavras e/ou sons.				3	
47	"Olha através" das pessoas.		4			
48	Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas.				4	
49	Frequentemente inconsciente dos perigos de situações e do ambiente.					2
50	Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados.					4
51	Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente.			3		
52	Frequentemente não reage visualmente à presença de novas pessoas.	3				
53	Repete sequências de comportamentos complicados (cobrir coisas, por ex.).			4		
54	Destruivo com seus brinquedos e coisas da família.			2		
55	O atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses.					1
56	Usa mais que 15 e menos que 30 frases diárias para se comunicar.				3	
57	Olha fixamente o ambiente por longos períodos de tempo.	4				

Total: ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = _____

Interpretação:

Menor que 47= triagem negativa para autismo

47-53= leve probabilidade para autismo

54-67= moderada probabilidade para autismo

Maior 68= autismo

ES= estímulo sensorial

RE= relacionamento

CO= uso corpo e objeto

LG= linguagem

ANEXO I – PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE ESCOLARES COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (PAEDI)

Camila Miccas

Maria Eloisa Famá D'Antino

Este protocolo foi elaborado com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e contém itens que avaliam a funcionalidade da criança no domínio de Atividades e Participação.

Esta avaliação é formada por 52 itens. Observe que os classificadores são diferentes a partir do item 40, sendo que o classificador “Realiza Independentemente” significa que a criança é capaz de realizar determinada atividade sem qualquer tipo de ajuda de adulto ou par. Para cada item, assinale a coluna que melhor descreve as ações e a participação do aluno. Ao final deste protocolo se encontram as instruções sobre o sistema de pontuação dos classificadores e a Tabela de Pontuação Final.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome do aluno:	
Data de nascimento do aluno: ____/____/____	
Data de preenchimento do protocolo: ____/____/____	
Nome do responsável pelo preenchimento:	
Escola e série:	
Diagnóstico: Não () Sim () Qual:	
Avaliação de Q.I.:	

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO				
Itens		Classificadores		
		Não	Às vezes	Sim
1	Observa acontecimentos ao seu redor, como crianças brincando ou ao assistir um desenho animado ou filme.			
2	Responde a estímulos auditivos como atender a chamados, ouvir uma música			
3	Imita gestos ou comportamentos, demonstrando aprender por imitação, como reproduzir passos de uma coreografia.			
4	Concentra-se intencionalmente em uma atividade que seja de seu interesse.			
5	Demonstra ter capacidade para aprender a ler.			
6	Demonstra ter capacidade para aprender a escrever.			
7	Demonstra ter capacidade para aprender a fazer cálculos simples.			
8	Comunica-se para pedir ajuda na resolução de um problema cotidiano.			
9	Resolve sozinho problemas simples de seu cotidiano.			

(continuação)

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO				
Itens		Classificadores		
		Não	Às vezes	Sim
10	Une-se a um adulto para resolver um problema de seu cotidiano.			
11	Inicia e termina uma tarefa única sozinho, como por exemplo, pintar um desenho.			
12	Inicia e termina uma tarefa em grupo, como por exemplo uma brincadeira ou jogo.			
13	Entende mensagens faladas emitidas para ele.			
14	Identifica expressões faciais, como tristeza, alegria.			
15	Entende ordens simples, como, por exemplo, pegue o lápis.			
16	Entende ordens sequenciais, como, por exemplo, pegue o lápis e traga aqui.			
17	Compreende o significado de gestos e sinais.			
18	Consegue descrever o contexto de um desenho, fotografia ou de uma cena real.			
19	Transmite uma mensagem utilizando-se de gestos e sinais.			
20	Nomeia objetos.			
21	Faz perguntas.			
22	Produz mensagens orais com menos de 10 palavras para se comunicar.			
23	Produz mensagens orais com mais de 10 palavras para se comunicar.			
24	Produz desenhos e lhes atribui significado.			
25	Produz desenhos com detalhes gráficos mais elaborados, diferentes de garatujas.			
26	Inicia uma conversa.			
27	Mantém uma conversa.			
28	Demonstra irritação ao ser contrariado.			
29	É capaz de permanecer sentado por tempo necessário para realizar uma atividade.			
30	É capaz de segurar com mãos e dedos um objeto grande, como, por exemplo, uma bola.			
31	É capaz de usar dedos e mãos para manipular pequenos objetos, como, por exemplo, um lápis.			
32	Anda curtas distâncias desviando-se, por exemplo, de móveis, objetos e pessoas.			
33	Consegue alimentar-se com quantidades adequadas e nos momentos certos.			
34	Consegue garantir o próprio conforto físico, como, por exemplo, tirar uma blusa se está com calor.			
35	Relaciona-se de forma socialmente adequada com as crianças de seu meio.			
36	Relaciona-se de forma socialmente adequada com os adultos de seu meio.			
37	Estabelece contatos com estranhos, respeitando convenções sociais.			

(continuação)

38	Participa de jogos e brincadeiras com os colegas.			
39	Demonstra entender e respeitar regras de jogos e brincadeiras.			
Itens		Classificadores		
		Não realiza	Realiza com ajuda	Realiza independentemente
40	O aluno lê e escreve.			
41	O aluno realiza cálculos simples.			
42	Conclui várias tarefas, de forma sequencial, como, por exemplo, escolher um brinquedo, brincar e guardá-lo.			
43	Sobe e desce escadas.			
44	Lava e seca as mãos.			
45	Escova os dentes.			
46	Veste roupas.			
47	Desveste (tira) roupas.			
48	Calça meias e sapatos.			
49	Vai ao banheiro para urinar coordenando as várias ações, como manipular as roupas, adotar posição correta e limpar-se.			
50	Vai ao banheiro para defecar coordenando as várias ações, como manipular as roupas, adotar posição correta e limpar-se.			
51	Come, coordenando as várias ações, como cortar, levar à boca, mastigar.			
52	Bebe, coordenando as várias ações como abrir, sugar ou tomar.			

SISTEMA DE PONTUAÇÃO

CLASSIFICADORES			
Itens	Não	Às vezes	Sim
1 a 39	0 ponto	1 ponto	2 pontos
	Não realiza	Realiza com ajuda	Realiza independentemente
40 a 52	0 ponto	1 ponto	2 pontos

TABELA DE PONTUAÇÃO FINAL

Utilize a tabela abaixo para registrar a soma de todos os itens de cada bloco de itens e obter a pontuação total do protocolo. Lembre-se de que as pontuações dos classificadores “Sim” e “Realiza Independentemente” devem ser multiplicadas por 2, como indicado por **x 2** (vezes dois).

(continuação)

CLASSIFICADORES			
Itens	Não	Às vezes	Sim
1 a 39			X 2
40 a 52	Não realiza	Realiza com ajuda	Realiza independentemente
			X 2
Totais			

Pontuação final

pontos

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E DADOS ESCOLARES DOS ALUNOS COM TEA DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE EMBU DAS ARTES – 2017

Nº	Sexo	Idade /anos	Categoria da escola		Ano escolar
			Regular	Especial	
C1	Masc.	07	X		2º ano
C2	Masc.	09	X		4º ano
C3	Fem.	06	X		Educação Infantil
C4	Masc.	05	X		Educação Infantil
C5	Masc.	05	X		Educação Infantil
C6	Masc.	05	X		Educação Infantil
C7	Fem.	06	X		Educação Infantil
C8	Masc.	03	X		Educação Infantil
C9	Fem.	04	X		Educação Infantil
C10	Masc.	04	X		Educação Infantil
C11	Fem.	05	X		Educação Infantil
C12	Fem.	05	X		Educação Infantil
C13	Masc.	07	X		2º ano
C14	Masc.	07	X		2º ano
C15	Masc.	04	X		Educação Infantil
C16	Fem.	05	X		Educação Infantil
C17	Masc.	03	X		Educação Infantil
C18	Masc.	05	X		Educação Infantil
C19	Masc.	04	X		Educação Infantil
C20	Masc.	08	X		3ª ano
C21	Masc.	08	X		2ª ano
C22	Masc.	06	X		1º ano
C23	Masc.	06	X		Educação Infantil
C24	Masc.	09	X		3º ano
C25	Masc.	07	X		1º ano
C26	Masc.	09	X		3º ano
C27	Masc.	05	X		Educação Infantil
C28	Masc.	05	X		Educação Infantil
C29	Masc.	07	X		2ºano
C30	Fem.	12	X		6º ano
C31	Masc.	08	X		2º ano
C32	Fem.	07	X		2º ano
C33	Fem.	09	X		4º ano
C34	Masc.	10	X		5º ano
C35	Masc.	08	X		3º ano
C36	Masc.	06	X		1º ano

C37	Masc.	07	X		2º ano
C38	Fem.	06	X		1º ano
C39	Fem.	10	X		4º ano
C40	Fem.	08	X		2º ano
C41	Masc.	08	X		2º ano
C42	Masc.	07	X		1º ano
C43	Masc.	09	X		4º ano
C44	Masc.	11	X		4º ano
C45	Masc.	09	X		4º ano
C46	Fem.	08	X		2º ano
C47	Fem.	05	X		Educação Infantil
C48	Masc.	08	X		2º ano
C49	Masc.	07	X		1º ano
C50	Masc.	04	X		Educação Infantil
C51	Masc.	04	X		Educação Infantil
C52	Masc.	06	X		1º ano
C53	Masc.	04	X		Educação Infantil
C54	Fem.	12	X		6º ano
C55	Masc.	10	X		4º ano
C56	Masc.	07	X		2º ano
C57	Masc.	07	X		1º ano
C58	Masc.	10	X		5º ano
C59	Fem.	06	X		1º ano
C60	Fem.	03	X		Educação Infantil
C61	Fem.	09	X		4º ano
C62	Masc.	03	X		Educação Infantil
C63	Masc.	05	x		Educação Infantil
C64	Masc.	04	x		Educação Infantil
C65	Fem.	09	X		4º ano
C66	Masc.	10	X		4º ano
C67	Masc.	07	X		1º ano
C68	Masc.	07	X		1º ano
C69	Masc.	06	X		1º ano
C70	Masc.	10	X		4º ano
C71	Masc.	08	X		2º ano
C72	Masc.	07	X		1º ano
C73	Masc.	06	X		1º ano
C74	Masc.	08	X		3º ano
C75	Masc.	10	X		4º ano
C76	Fem.	09	X		4º ano
C77	Masc.	10	X		4º ano
C78	Masc.	05	X		Educação Infantil
C79	Masc.	09		X	Escola Especial
C80	Masc.	08		X	Escola Especial
C81	Masc.	14		X	Escola Especial
C82	Masc.	10		X	Escola Especial

C83	Masc.	05		X	Escola Especial
C84	Masc.	05		X	Escola Especial
C85	Masc.	11		X	Escola Especial
C86	Fem.	11		X	Escola Especial
C87	Fem.	14		X	Escola Especial
C88	Masc.	12		X	Escola Especial
C89	Fem.	10		X	Escola Especial
C90	Fem.	13		X	Escola Especial
C91	Masc.	15		X	Escola Especial
C92	Masc.	13		X	Escola Especial
C93	Masc.	13		X	Escola Especial
C94	Fem.	12		X	Escola Especial
C95	Fem.	10		X	Escola Especial
C96	Masc.	7	X		1º ano
C97	Masc.	7	X		2º ano
C98	Fem.	10		X	Escola Especial
C99	Masc.	7	X		1º ano
C100	Masc.	17	X	X	9º ano
C101	Masc.	5	X		Educação Infantil
C102	Masc.	8	X		3º ano

Fonte: a autora (2018)

**APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO ALUNO COM TEA– REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE
EMBU DAS ARTES – 2017**

Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C1	07	F84.0	Neurologista	24/11/14	<i>Paciente em avaliação diagnóstica desde setembro de 2014.</i>
C2	09	F84.0	Psiquiatra	29/06/15	<i>Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e avaliação.</i>
C3	06	F84.0	Psiquiatra	20/02/17	<i>Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e avaliação.</i>
C4	05	F84.0	Psiquiatra	24/08/15	<i>É acompanhado no Projeto Desenvolver.</i>
C5	05	F84.0	Psiquiatria	18/07/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais e na comunicação. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.</i>
C6	05	F84/ F90.0	Neuropediatra	6/02/17	<i>Necessita de inclusão escolar.</i>
C7	06	F84.0	Psiquiatria	20/05/15	<i>Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais e autonomia. Necessita de cuidados permanentes.</i>
C8	03	F84.0	Psiquiatra	26/09/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Apresenta tendência a fuga do olhar, perseverança e rituais de comportamento. Não apresenta a fala desenvolvida. Necessita de cuidados permanentes.</i>
C9	04	F84.0	Psiquiatra	13/10/12	<i>A paciente está inserida em atendimento de grupo, sendo acompanhada uma vez por semana, por equipe multidisciplinar. Família em tratamento em grupo de pais.</i>
C10	04	F84.0	Psiquiatra	04/05/17	<i>Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e na socialização.</i>
C11	05	F84.0	Psiquiatria	18/04/17	<i>Necessita de atendimento especializado e vaga de inclusão.</i>
C12	05	F84.0	Psiquiatria	28/03/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais e comunicação. Necessita de atenção especial para o desenvolvimento na área pedagógica e socialização.</i>
C13	07	F84.0	Psiquiatra	01/10/15	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Não apresenta fala desenvolvida; sem autonomia.</i>

Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C14	07	F84.0	Neuropediatra	27/01/16	É portador do Transtorno do Espectro Autista e necessita de inclusão.
C15	04	F84.9	Psiquiatra	22/05/17	Alteração de comportamento, desatenção, dificuldades práticas e de compreensão.
C16	05	F84.0	Psiquiatra	29/06/15	Iniciou acompanhamento no Projeto Disciplinar Desenvolver, em maio de 2014.
C17	03	F84.0	Psiquiatra	17/04/17	Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Não apresenta a linguagem desenvolvida; não apresenta autonomia e necessita de cuidados permanentes.
C18	05	F84.0	Psiquiatra	29/04/15	Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais e comunicação, necessitando de auxílio na integração social e aprendizagem. Apresenta sim nível intelectual, e alguma verbalização.
C19	04	F84.0/Q02/F79/J45	Psiquiatra	20/02/17	Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.
C20	08	F84.0	Psiquiatra	06/10/18	Necessita de assistência especializada.
C21	08	F84.0	Psiquiatra	22/11/16	Acompanhamento pelo CAPS
C22	06	F71.0/ F84.0	Psiquiatra	13/02/17	Apresenta importante comprometimento na área cognitiva, compreensão e expressão verbal. Necessita de limites claros para se... Auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.
C23	06	F84.0	Psiquiatra	16/03/16	Apresenta comprometimento na área de socialização e comunicação, necessitando de auxílio pedagógico permanente em suas atividades e socialização.
C24	09	F84.0	Neurologista	10/06/15	Sem condições de locomoção sem acompanhante.
C25	07	F84.0	Psiquiatra	20/02/17	Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio na área pedagógica e socialização.
C26	09	F84.0	Psiquiatra	03/07/15	Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais e comunicação. Necessita de auxílio no desenvolvimento de sua atividade e para a integração nos grupos.
C27	05	F84.0	Psiquiatra	08/12/15	É acompanhado no Projeto Desenvolver. Nunca frequentou a escola. Solicito avaliação para início escolar.

L

Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C28	05	F84.0	Psiquiatra	03/05/17	<i>Receita para medicação. Sem observação.</i>
C29	07	F84.0	Médico	26/05/15	<i>Participará de grupos terapêuticos todas as terças feiras.</i>
C30	12	F71.0/ F84.0	Psiquiatra	01/02/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e compreensão. Não apresenta autonomia e necessita de cuidados permanentes.</i>
C31	08	F. 84	Neurologista	29/10/15	<i>Sem condições de locomoção sem acompanhamento.</i>
C32	07	F84.0	Psiquiatra	17/04/14	<i>Atraso de linguagem, dificuldade de interação social e estereotípias. Está atualmente em tratamento psiquiátrico, psicológico e fonoaudiólogo. Tem limitações importantes nas funções do dia-a-dia devido à doença dela, principalmente em relação as habilidades sociais e linguagem.</i>
C33	09	F84.0	Pediatra	04/3/15	<i>Teve avaliação pela psiquiatra e não tem necessidade de medicação.</i>
C34	10	F84.0	Neurologista	17/03/10	<i>Solicito carteira transporte com acompanhante.</i>
C35	08	F84.0	Neurologista	21/01/15	<i>Necessita de cuidados permanentes.</i>
C36	06	Q.90 F84/J45/J30.4	Médico	14/02/17	<i>Portador de síndrome de Down, Transtorno de Espectro Autista, Asma e Rinite.</i>
C37	07	F84.0	Psiquiatra	13/03/16	<i>Autismo Infantil com alto rendimento. Vem apresentando evolução, com limitações maiores na sociabilidade. Necessita manter atenção especial para acompanhar sua evolução.</i>
C38	06	F84.0	Psiquiatra	12/04/17	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Não apresenta a fala desenvolvida. É dependente para as atividades. Não apresenta autonomia e necessita de cuidador. Atualmente faz uso de Periciazina.</i>
C39	10	F84.0	Psiquiatra	19/04/17	<i>Importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.</i>
C40	08	F84.0	Psiquiatra	19/04/17	<i>Importante comprometimento nas áreas das relações interpessoais, comunicação e comportamento; necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.</i>

L

	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C41	08	F84.0	Psiquiatra	26/02/15	<i>Está realizando atendimento semanal em psicologia; família em orientação. Transtorno Global do Desenvolvimento, com bom potencial de evolução.</i>
C42	07	F84.0	Psiquiatra	31/05/17	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio para as atividades pedagógicas e socialização.</i>
C43	09	F84.0	Psiquiatra	01/07/15	<i>Necessita de auxílio nas suas relações interpessoais e grupais e na aprendizagem.</i>
C44	11	F90, F70 (psicólogo) F71/ F84.0 (psiquiatra)	Pediatra	23/03/16 27/03/14	<i>Faz acompanhamento com psiquiatra infantil. Há déficit cognitivo moderado, retardo na fala inquietude motor, faz uso de Carmabazepina e Risperidona.</i>
C45	09	F84.0	Psiquiatra	01/11/11	<i>Importante comprometimento na área das relações sociais e da independência. Necessita de cuidador permanente para as atividades de vida diária. Apresenta atraso neuropsicomotor.</i>
C46	08	F84.0	Psiquiatra	10/08/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais e comunicação. Não apresenta autonomia e se enquadra na categoria de pessoas com necessidades especiais.</i>
C47	05	F84.0	Psiquiatra	01/02/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais e comunicação. Necessita de auxílio para desenvolver atividades e na socialização.</i>
C48	08	F84.0	Psiquiatra	29/02/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais e comunicação, necessitando de auxílio na socialização e com os grupos. Não comunica suas necessidades e conflitos, agindo às vezes de forma mais impulsiva. É capaz de atender os comandos e apresenta potencial para a aprendizagem. Necessita de professora auxiliar.</i>
C49	07	F 84.0	Neuropediatra	02/02/15	<i>Em acompanhamento neurológico com diagnóstico de autismo (isolamento social, pobre contato visual, movimentos estereotipados de mãos, hiperacusia, interesse restrito por objetos, agitação psicomotora e fala ininteligível). Faz reabilitação com psicoterapia, psicopedagogia e fonoterapia.</i>
C50	04	F84.0	Psiquiatra	18/04/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamental. Não apresenta a fala desenvolvida. Não apresenta autonomia e necessita de atividades permanentes.</i>

Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C51	04	F84.0	Psiquiatra	27/06/16	<i>Apresenta importante comprometimento na área interpessoal, comunicação e comportamental. Necessita de auxílio para as atividades e para a socialização. É importante que aprenda a conviver nos grupos e fazer as atividades próprias para a idade.</i>
C52	06	F84.0	Psiquiatra	02/04/15	<i>Apresenta comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamental. Necessita de auxílio nas suas atividades.</i>
C53	04	F84.0	Neuropediatra	05/10/16	<i>Apresenta transtorno do espectro autista de alta funcionalidade com quociente de inteligência dentro da normalidade. Encontra-se em tratamento fonoaudiólogo e neuropsiquiátrico, em uso de Risperidona e Depakote. Necessita de atendimento fonoaudiólogo contínuo e de tratamento neuropsiquiátrico. Periódico de 3/3 meses com exames complementares.</i>
C54	12	F.84 e G40 Epilepsia	Psiquiatra	Sem data	<i>Pode praticar natação com supervisão técnico profissional.</i>
C55	10	F 84.0	Psiquiatra	28/06/16	<i>Comportamento autista. Autoagressão, estereotípias, uso de antipsicóticos.</i>
C56	07	F84.0	Psiquiatra	16/06/14	<i>Acompanhamento por equipe multidisciplinar desde os dois anos e nove meses. Transtorno Global do Desenvolvimento.</i>
C57	07	F 84	Psiquiatra	03/08/16	<i>Importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comprometimento. Não apresenta linguagem verbal e mantém-se em estado de isolamento com prejuízo na socialização. Necessita de cuidados permanentes.</i>
C58	10	F 84	Neurologista	29/06/15	<i>Paciente sem condições de locomoção sem acompanhante.</i>
C59	06	F 84	Psicóloga	06/05/13	<i>Em acompanhamento no Projeto Desenvolver com equipe multidisciplinar (psicóloga). Transtorno Global do Desenvolvimento.</i>
C60	03	F 84	Psiquiatra	27/03/17	<i>Apresenta importante comprometimento nas relações interpessoais, comunicação e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.</i>
C61	09	F. 84	Pediatra	03/08/17	<i>Dificuldades de interação social, agitação psicomotora intensa, pouco contato visual, estereotípias com as mãos, atitudes de automutilação</i>
C62	03	F. 84	Médico	Sem data	<i>Comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação, comportamento. Necessita de apoio Pedagógico.</i>
C63	05	F. 84	Psiquiatra	02/12/15	<i>Importante comprometimento nas relações interpessoais, comunicação e comportamento.</i>

3Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C64	04	F. 84	Psiquiatra	16/02/17	<i>Importante comprometimento nas relações interpessoais, comunicação e comportamento.</i>
C65	09	F.84/Deficiência intelectual	Sem carimbo	Sem data	<i>Prejuízo importante na sociabilidade, não forma frases, padrão repetitivo do comportamento.</i>
C66	10	F 84	Médico	17/08/17	Sem observação.
C67	07	F. 84/ Psicose infantil	Psiquiatra	29/03/17	<i>Apresenta comprometimento das relações interpessoais e necessita de auxílio pedagógico e socialização.</i>
C68	07	F 84	Psiquiatra	31/10/15	<i>Acompanhamento multiprofissional solicitado.</i>
C69	06	F.84	Carimbo ilegível	15/10/15	<i>Necessita de inclusão escolar e terapia interdisciplinar.</i>
C70	10	F 84	Psiquiatra	06/11/13	<i>Transtorno Global do Desenvolvimento.</i>
C71	08	F 84	Psiquiatra	02/03/16	<i>Comprometimento interpessoal e na comunicação.</i>
C72	07	F84.0	Psiquiatra	09/04/14	<i>Apresenta comprometimento significativo do desenvolvimento de aptidões sociais e acadêmicas. Em acompanhamento no CAPSI. Toma Risperidona.</i>
C73	06	F84.0	Psiquiatra	18/01/16	<i>Apresenta rigidez nas suas atividades que torna difícil nossa interferência, agindo de forma intempestiva quando isso acontece. A tendência geral é ceder nestes momentos, porém isto impede seu desenvolvimento, pois tudo acaba ficando do jeito que ele deseja. Insistir na introdução de novas atividades. Dificuldade de estabelecer vínculo relacional, pois tende a ignorar o outro.</i>
C74	08	F 84	Neuropediatra	06/10/14	<i>Atraso moderado de linguagem e funções sociais. Uso de Neuleptil. Necessita de psicoterapia, fonoterapia, educação escolar inclusiva e professor auxiliar.</i>
C75	10	F 84.9	Psiquiatra	25/05/16	<i>Sintomas compatíveis com Transtorno do Espectro do Autismo. Dificuldades no entendimento do contexto social no qual está inserido.</i>
C76	09	F 84	Psiquiatra	23/03/15	<i>Está apto para qualquer atividade física.</i>
C77	10	F 84/Psicose Infantil	Psiquiatra	19/07/17	<i>Apresenta comprometimento na área psíquica com característica de desorganização do pensamento e comportamento. Necessita de auxílio nas atividades pedagógicas e socialização.</i>

Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C78	05	F 84	Psiquiatra	11/05/17	<i>Apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais, comunicação e comportamento. Não apresenta linguagem desenvolvida e responde pouco solicitações do outro. Necessita de auxílio permanente para suas atividades pedagógicas e socialização.</i>
C79	09	F 84	Psiquiatra	17/03/14	<i>Necessita de escola especializada para seu desenvolvimento e socialização.</i>
C80	08	F 84	Psiquiatra	11/05/17	<i>Importante comprometimento na área das relações interpessoais e na comunicação. Prejuízos na linguagem e pouca socialização.</i>
C81	14	F 84/F70	Psiquiatra	21/05/14	<i>Sem observação.</i>
C82	10	F84.0	Psiquiatra	27/03/12	<i>Em atendimento desde dezembro de 2011.</i>
C83	05	F 84	Psiquiatra	09/12/16	<i>Atraso cognitivo, na fala e social.</i>
C84	05	F84.0	Psiquiatra	12/04/17	<i>Comprometimento nas relações interpessoais, comunicação e comportamento. Não apresenta a fala desenvolvida; tem estereotípias e interesses restritos. Iniciou medicação.</i>
C85	11	F 84	Pediatra	31/04/12	<i>Necessita de transporte com acompanhante.</i>
C 86	11	F 84.0	Psiquiatra	28/01/15	<i>Apresenta dificuldade nas relações interpessoais; necessita de assistência pelo grupo e aprendizagem de um modo geral. É acompanhada pelo SAEDE.</i>
C87	14	F 84.0	Psiquiatra	22/07/10	<i>Apresenta contato fugaz e colabora parcialmente às solicitações. Apresenta sinais de dispersão e agitação, com desenvolvimento neuropsicomotor abaixo da média. Dificuldades evidentes de aprendizagem. Está imatura para faixa etária, com habilidade viso construtiva abaixo do esperado. Apresenta intencionalidade de comunicação. Fala palavras isoladas. Não tem noção de quantidade, tempo e espaço. Não é alfabetizada. Anda apenas com acompanhante. Necessita de supervisão de autocuidado.</i>
C88	12	F 84	Psiquiatra	Não datado	<i>Acompanhado por apresentar Transtorno Global do Desenvolvimento.</i>
C89	10	F 84.0	Psiquiatra	04/08/16	<i>Pode fazer natação desde que seja sempre acompanhada.</i>
C90	13	F.84/F.71	Psiquiatra	15/06/09	<i>Não apresenta autonomia, não desenvolveu a linguagem, com importante limitação na área cognitiva.</i>

Nº	Idade	Diagnóstico CID 10	Especialidade do médico	Data do laudo	Observação Clínica
C91	15	F.84/F.71	Psiquiatra	31/05/16	<i>Comportamento autista. Retardo na arguição do tato, estereotípias, déficit cognitivo moderado, uso de antipsicóticos.</i>
C92	13	F84.0/DI grave/Transtorno cognitivo comportamental	Psiquiatra	19/11/11	<i>Apresenta elevado nível de dependência funcional, com capacidade motora mais comprometida. Apresentaria melhor evolução se realizasse acompanhamento em serviço especializado para melhor estimulação.</i>
C93	13	F 84 Psicose Infantil	Psiquiatra	27/03/17	<i>Apresenta bom nível cognitivo, com a alfabetização completa, necessitando de ajuda na utilização deste recurso para evitar regressão. TGD -psicose infantil.</i>
C94	12	F 71/ F 84	Psiquiatra	19/10/16	<i>Deficiência intelectual moderada, apresenta importante comprometimento na área das relações interpessoais. Não apresenta autonomia e necessita de cuidados permanentes.</i>
C95	10	G 40/F 84	Psiquiatra	11/12/12	<i>Transtorno Global do Desenvolvimento.</i>
C96	7	F 84	Psiquiatra	Sem data	<i>Comprometimento nas relações interpessoais, comunicação e comportamento. Não apresenta autonomia e necessita de cuidador permanente inclusive para AVD; usa fraldas.</i>
C97	7	F 84.8 F70.8Epilepsia	Médico	26/06/17	<i>Necessita de fonoterapia e terapia ocupacional.</i>
C98	10	F. 84	Pediatra	30/01/17	<i>Necessita de transporte público com isenção.</i>
C99	7	F 84 G40/Epilepsia	Neuropediatra	13/03/15	<i>Necessita de fonoterapia, psicoterapia, terapia ocupacional e fisioterapia motora, com currículo adaptado e professor auxiliar.</i>
C100	17	F 84	Neuropediatra	02/03/15	<i>Comprometimento cognitivo.</i>
C101	5	F84.1	Psiquiatra	07/06/17	<i>Dificuldades interpessoais, isolamento, desorganização do pensamento.</i>
C102	8	F 84.0	Psiquiatra	Sem data	<i>Sem observação.</i>

(*) Os códigos acima, de acordo com o CID-10, correspondem aos seguintes diagnósticos: **F84** -Transtornos Globais do Desenvolvimento; **F84-0** Autismo Infantil; **F84.1** - Autismo Atípico; **F84.8** - Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento; **F84.9** -Transtornos Globais não Especificados do Desenvolvimento; **F70.8** – Retardo Mental Leve; **F71**- Retardo Mental Moderado; **F 79** – Retardo Mental não especificado; **F 90** - Transtornos Hipercinéticos; **G40** – Epilepsia; **J30** - Rinite Alérgica e vasomotora; **J30.4** - Rinite Alérgica; **J45** – Asma; **Q02**- Microcefalia; **Q90** – Síndrome de Down.