

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ENSINO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

**EMANUELLE SANTIAGO MONTEIRO LEITE**

**COMPETÊNCIA SOCIAL EM PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA**

**Um estudo de intervenção no município de Santa Inês – MA**

São Luís  
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ENSINO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

**EMANUELLE SANTIAGO MONTEIRO LEITE**

**COMPETÊNCIA SOCIAL EM PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA:**  
um estudo de intervenção no município de Santa Inês – MA

São Luís  
2019

**EMANUELLE SANTIAGO MONTEIRO LEITE**

**COMPETÊNCIA SOCIAL EM PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO  
ESPECTRO AUTISTA: um estudo de intervenção no município de Santa Inês – MA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica (PPGEEB) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Livia da Conceição Costa Zaqueu

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Leite, Emanuelle Santiago Monteiro.  
COMPETÊNCIA SOCIAL EM PRÉ-ESCOLARES COM  
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: um estudo de intervenção no  
município de Santa Inês – MA/  
Emanuelle Santiago Monteiro Leite. - 2019.  
170 f.

Orientadora: Livia da Conceição Costa Zaqueu.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Gestão de  
Ensino da Educação Básica, Universidade Federal do Maranhão, São  
Luís, 2018.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Competência Social. 3.  
Família. 4. Avaliação do Desenvolvimento. 5. Inclusão Educacional. I.  
Costa Zaqueu, Livia da Conceição. II. Título.

**EMANUELLE SANTIAGO MONTEIRO LEITE**

**COMPETÊNCIA SOCIAL EM PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: um estudo de intervenção no município de Santa Inês – MA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica (PPGEEB) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), para obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Livia da Conceição Costa Zaqueu** (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA/PPGEEB  
Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisa Maria dos Anjos** (2<sup>a</sup> Examinadora)  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA/DESOC  
Doutora em Memória Social

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francisca Morais da Silveira** (3<sup>a</sup> examinadora)  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA/PPGFORPRED  
Doutora em Psicologia

Às crianças com deficiência e suas famílias que superam a cada dia os obstáculos refletidos na acessibilidade e barreiras atitudinais. Às escolas que se mostram abertas a propostas inclusivas diante das necessidades específicas das crianças público-alvo da Educação Especial no Brasil. A todos aqueles que participaram e contribuíram para o desenvolvimento da proposta didático-pedagógica voltada para aquisição de competências sociais em pré-escolares com TEA.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão, reservo minha profunda gratidão, por ter-me aberto as portas para a concretização do sonho de estudar nessa instituição de referência no ensino superior no estado do Maranhão, sobretudo ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica (PPGEEB), no nome do professor Dr. Antonio de Assis Cruz Nunes, coordenador do Mestrado profissional em educação.

À orientadora, Professora Dra. Livia da Conceição Costa Zaqueu, pela dedicação. Por assegurar as condições de aprendizagem e intercâmbios na aquisição de novos conhecimentos e experiências. Agradeço ainda à confiança depositada em mim, durante a organização e execução do I Simpósio Internacional e Nacional de Intervenção Precoce na Infância, realizado em junho de 2018, na Universidade Federal do Maranhão, desenvolvido com sabedoria e responsabilidade, efetivando os três pilares da Educação Superior – ensino, pesquisa e extensão.

Aos professores do PPGEEB: Vanja Maria Dominices, Maria José Albuquerque, Clara Virginia, João Batista Bottentuit, Elisa Maria dos Anjos, Joelma Reis, Rita de Cassia, entre outros, que acompanharam minha trajetória durante o mestrado profissional.

A todos os mestres que contribuíram para a construção de conhecimentos e valores, em especial às minhas professoras do Jardim de Infância, Maria Abreu, Édina e Rosimar. As duas primeiras, tive a honra de entrevistar durante o processo de produção do memorial de formação docente para a disciplina do mestrado – Formação, saberes e identidade profissional da docência – ministrada pela professora Vanja Maria. Também à professora Maria Ribamar Silva, que foi minha professora no 5º ano do Ensino Fundamental, hoje amiga inestimável.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), que custeou o desenvolvimento da pesquisa, por meio do edital FAPEMA nº 17/2017 – teses e dissertações, programa de apoio à elaboração de dissertação ou tese.

À Secretaria Municipal de Educação de Santa Inês – MA (SEMED), pelo acolhimento às pesquisadoras.

À gestão da Pré-escola Mãe Preta, bem como aos professores e cuidadores educacionais, que aceitaram o desafio da proposta de intervenção através do trabalho colaborativo com foco na Competência Social de pré-escolares com TEA.

Em especial, ao cuidador Welsson Macedo; sem a contribuição dos intervenientes do processo educativo dessa pré-escola, seria inviável a realização do presente estudo.

Às mães das crianças com TEA, que não mediram esforços na colaboração com a pesquisa. E no empenho destinado à criação de recursos e estratégias de ensino para incentivo de habilidades sociais e desenvolvimento da Competência Social de seus filhos.

À dona Rosa, operacional da Pré-escola Mãe Preta, que foi colaboradora dos bastidores.

Aos gestores e professores da Escola Fernad Gutman, que nos apoiaram na conclusão desse estudo.

Ao professor Dr. Vitor Franco e à professora MSc. Wilma Cristina Bernado Fahd, manifesto meu carinho, admiração e agradecimento pelas aprendizagens, construídas no processo.

A todos que compõem o Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação Especial na Educação Básica da Universidade Federal do Maranhão (GEPEESP/UFMA), pela troca de conhecimentos durante as atividades acadêmicas, sobretudo pelas palavras de incentivo proferidas pelo amigo Zacarias Nunes Lopez.

A todos os discentes do programa de Pós-graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica, pela amizade e contribuições, em particular às amigas Cristiane Costa, Francinete Braga, Raimunda Sá e Samara Góes, que não desanimaram nem permitiram que o cansaço nos vencesse. A todos os amigos que, de alguma forma, acreditaram em mim e contribuíram para a concretização de meus propósitos, destino meus sinceros agradecimentos.

Ao destacar a importância da família, o alicerce divino, no processo de educação dos filhos, é que agradeço especialmente aos meus pais, que sempre me apoiaram e aconselharam, por estarem continuamente envolvidos com minha formação humana e docente.

Sou grata ao meu esposo, Francisco Rokes e minha filha, Emilly Victória, que, por estarem fortemente envolvidos em assuntos educacionais, conseguiram compreender minhas falhas e ausências.

Às minhas amadas irmãs, Mary Hellen Monteiro e Adrielle Gomes, pelo incentivo e companheirismo. E ao meu irmão, Wanderson Monteiro, por sua atenção e instigação... sempre disponível e solícito.

A todos os meus familiares, reservo minha profunda gratidão.

O ambiente social da criança codetermina a sua existência e fornece o primeiro meio de satisfação das suas necessidades.

Henri Wallon.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi elaborar estratégias de intervenção voltadas à Competência Social de crianças com TEA, no contexto das interações sociais e do trabalho colaborativo com professores, pais e cuidadores escolares. Para tanto, foi feita uma pesquisa de intervenção, realizada na Pré-escola Mãe Preta, no município de Santa Inês-MA. Os participantes foram duas crianças do sexo masculino com diagnóstico de TEA, suas mães, além de duas professoras e dois cuidadores/tutores escolares. Utilizamos três instrumentos para levantamento de dados: entrevista de dados sociodemográficos e de desenvolvimento da criança, realizada com as mães; observação livre, realizada em ambiente escolar e avaliação do perfil de comportamento e desenvolvimento das crianças por meio de teste aplicado com o Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R). Os dados do teste foram tratados com base nos escores das tabelas de pontuação do manual do instrumento e relacionados aos dados obtidos por meio da observação livre e entrevista realizada com as mães. Assim, constituímos análise de dados quantitativa e qualitativa em tabelas de resumo e interpretação sustentada na análise de conteúdo. A entrevista de dados sociodemográficos e de desenvolvimento da criança revelou a idade cronológica dos meninos – 6 anos e 5 meses para a Criança1, e 5 anos e 4 meses para a Criança2. A idade de desenvolvimento obtida para os dois casos foi de 2 anos e 5 meses e 3 anos e 6 meses, respectivamente. Os dados da avaliação sugerem atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Os resultados apontam que, especificamente no caso da Criança2, o momento do intervalo foi o mais propício para observação do desenvolvimento da Competência Social. Enquanto que, no caso da Criança1, o local mais propício para o desenvolvimento da Competência Social foi o ambiente familiar. A Criança1 apresentou *deficits* expressivos em todas as áreas da Escala de Desenvolvimento, enquanto a Criança2 apresentou *deficits* motores expressivos que interferem na aquisição de habilidades sociais e cognitivas nas demais áreas. Desenvolveu-se um produto educacional vinculado à dissertação. Um caderno didático-pedagógico que descreve os passos da investigação-ação, bem como os métodos, recursos e estratégias para incentivo e desenvolvimento da Competência Social com foco colaborativo. Conclui-se, com base na fundamentação teórica, nos estudos relacionados e nos resultados da pesquisa, que o perfil de desenvolvimento da Competência Social apresentado por cada criança do presente estudo está imbricado na motricidade em sua dimensão afetiva (emoção) e práxia (cognição), o que corrobora com os indícios de falhas nas conexões afetivas como *deficit* primário no transtorno.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista. Competência Social. Família. Avaliação do Desenvolvimento. Inclusão Educacional.

## ABSTRACT

The aim of this study was to develop intervention strategies focused on the Social Competence of children with ASD, in the context of social interactions and collaborative work with teachers, parents and school caregivers. To this end, an intervention research was conducted at the Mãe Preta Preschool in Santa Inês-MA. Participants were two male children diagnosed with ASD, their mothers, as well as two teachers and two caregivers / school tutors. We used three instruments for data collection: interview of sociodemographic and developmental data of the child, performed with the mothers; free observation, carried out in the school environment and assessment of the behavioral and developmental profile of children by means of a test applied with the Revised Psychoeducational Profile (PEP-R). The test data were treated based on the scores of the instrument manual score tables and related to the data obtained through free observation and interview with the mothers. Thus, we constitute quantitative and qualitative data analysis in summary tables and sustained interpretation in content analysis. Interviewing sociodemographic and child development data revealed the chronological age of boys - 6 years and 5 months for Child1, and 5 years and 4 months for Child2. The age of development obtained for both cases was 2 years and 5 months and 3 years and 6 months respectively. Evaluation data suggest delays in neuropsychomotor development. The results indicate that, specifically in the case of Children2, the time of the break was the most conducive for observing the development of Social Competence. While in the case of Children1, the most favorable place for the development of Social Competence was the family environment. Child1 presented expressive deficits in all areas of the Development Scale while Child2 presented expressive motor deficits that interfere with the acquisition of social and cognitive skills in the other areas. An educational product linked to the dissertation was developed. A didactic-pedagogical notebook that describes the steps of action research, as well as the methods, resources and strategies for encouraging and developing social competence with a collaborative focus. It is concluded based on the theoretical foundation, related studies and research results that the developmental profile of Social Competence presented by each child of the present study is imbricated in the motricity in its affective (emotion) and praxis (cognition) dimensions. This corroborates the evidence of failures in affective connections as the primary deficit in the disorder.

**Keywords:** Autistic Spectrum Disorder. Social competence. Family. Developmental Evaluation. Educational Inclusion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Materiais do PEP-R.....	48
Figura 2	Escrita espontânea da criança 1 (em três páginas) .....	66
Figura 3	Escrita da Criança 1 (números) .....	67
Figura 4	Escrita da Criança 1 (letras) .....	67
Figura 5	Escala Gráfica do Perfil de Desenvolvimento (Criança 1) .....	75
Figura 6	Escala Gráfica do Perfil de Desenvolvimento (Criança 2) .....	75
Figura 7	Escala de Padrão comportamental das crianças avaliadas.....	77
Figura 8	Adaptação 1 do Livro de Linguagem.....	84
Figura 9	Adaptação 2 do Livro de Linguagem.....	84
Figura 10	Noção de esquema corporal (Criança1) .....	86
Figura 11	Escrita de formas geométricas (Criança2) .....	86
Figura 12	Escrita de formas geométricas (Criança 1) .....	87
Figura 13	Linguagem expressiva (Criança 1) .....	88
Quadro 1	Vigilância do desenvolvimento infantil no primeiro e segundo mês de vida: sinais sugestivos para TEA.....	34
Quadro 2	Descrição do desenvolvimento da criança: dados da entrevista sociodemográfica.....	57
Tabela 1	Pontuação do Perfil de Desenvolvimento.....	73
Tabela 2	Pontuação do Perfil de Comportamento.....	77
Tabela 3	Área de Relacionamento e Afeto (Criança1) .....	78
Tabela 4	Área de Relacionamento e Afeto (Criança2) .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CID	Classificação Internacional de Doenças
CS	Competência Social
DI	Deficiência Intelectual
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
FAPEMA	Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	<i>Individualized Educational Program</i> – (Programa Educacional Individualizado)
NEE	Necessidades Educacionais Especiais
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP-R	Perfil Psicoeducacional Revisado
PNEEPEI	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SRM	Sala de Recursos Multifuncional
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children</i> – (Tratamento e Educação de Crianças com TEA e Transtornos Correlatos da Comunicação)
UE	União Europeia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TGD	Transtornos Globais do Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: origem e classificação</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Descobertas e Impactos: da origem do termo à etiologia do transtorno</b>	<b>21</b>
2.1.1	Possíveis causas e os fatores de risco	25
<b>2.2</b>	<b>Classificação, Critérios Diagnósticos e Identificação Precoce</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>COMPETÊNCIA SOCIAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA</b>	<b>36</b>
<b>3.1</b>	<b>A relação da Competência Social com Teorias do Desenvolvimento e de Explicação para o TEA</b>	<b>38</b>
<b>3.2</b>	<b>Competência Social e a Relação com Pesquisas de Intervenção</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>O Tipo da Pesquisa e o Método de Abordagem</b>	<b>43</b>
<b>4.2</b>	<b>Lócus do Estudo</b>	<b>44</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do Estudo</b>	<b>45</b>
<b>4.4</b>	<b>Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes no Estudo</b>	<b>46</b>
4.4.1	Critérios de Inclusão	46
4.4.2	Critérios de exclusão	46
<b>4.5</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>	<b>47</b>
<b>4.6</b>	<b>O Processo e os procedimentos</b>	<b>49</b>
<b>4.7</b>	<b>Tratamento, Análises e Interpretação dos dados</b>	<b>53</b>
<b>4.8</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>54</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>55</b>
<b>5.1</b>	<b>Apresentação dos Dados da Entrevista Sociodemográfica</b>	<b>55</b>
5.1.1	Análise dos dados da entrevista	58
<b>5.2</b>	<b>Apresentação dos Dados da Observação Livre</b>	<b>63</b>
5.2.1	Análise dos dados da entrevista	68
<b>5.3</b>	<b>Apresentação dos Dados do Perfil de Desenvolvimento</b>	<b>72</b>
5.3.1	Apresentação do Perfil de Desenvolvimento	73
5.3.2	Apresentação do Perfil de Comportamento	76
5.3.3	Análise do Perfil de Desenvolvimento	80
<b>6</b>	<b>A INTERVENÇÃO</b>	<b>93</b>
<b>6.1</b>	<b>Primeira fase da intervenção</b>	<b>93</b>
<b>6.2</b>	<b>Segunda fase da intervenção</b>	<b>93</b>
<b>6.3</b>	<b>Terceira fase da intervenção</b>	<b>94</b>

<b>6.4 Rotina de Trabalho</b> .....	<b>94</b>
6.4.1 Análise do perfil de Desenvolvimento .....	94
6.4.2 Primeiro encontro de trabalho: Sensibilização e Socialização .....	94
6.4.3 Segundo encontro de trabalho: leitura da segunda seção da dissertação .....	96
6.4.4 Terceiro encontro de trabalho: devolutiva da Avaliação do Perfil de Desenvolvimento .....	97
6.4.5 Quarto encontro de trabalho: planejamento dos recursos e estratégias.....	98
6.4.6 Quinto, sexto e sétimo encontros de trabalho .....	99
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>103</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>111</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>163</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza por falhas perceptíveis nas habilidades de comunicação, reciprocidade socioemocional, imaginação e relacionamento (APA, 2014). Os *deficits* persistentes nas habilidades da comunicação e interação social, aliados às dificuldades de inclusão escolar das crianças com o transtorno, levaram à ideia de um projeto de pesquisa tendo como objeto de estudo a Competência Social de pré-escolares com TEA (APA 2014).

A Competência Social (CS) na infância tem sido considerada como o repertório de comportamentos apreendidos no momento das interações sociais, especialmente naquelas realizadas com pares (CAMARGO; BOSA, 2009). É uma característica complexa do desenvolvimento, pois revela aspectos do comportamento individual (HECKE et al., 2007). Associa-se a outras bases de desenvolvimento como linguagem, cognição e Atenção Compartilhada (AC), que podem acontecer por meio de ações mediadas ou não. Geralmente, origina-se nos diversos grupos sociais, demandando da criança capacidade de adaptação social para se adaptar ao ambiente diversificado (CARVALHO, 2006; ZAQUEU et al., 2015).

A área da interação social é um importante componente que possibilita o desenvolvimento humano. Nesse sentido, a literatura afirma que, quanto mais precocemente forem oportunizadas intervenções, maiores as possibilidades de ampliar o repertório de habilidades sociais e de incluir a criança com TEA no ambiente escolar (SANINI; SIFUENTES; BOSA, 2013; ZAQUEU et al., 2015).

A inclusão se inicia com o nascimento da criança. E, por assim ser, é um processo iniciado na família, que em seguida torna-se responsabilidade da escola e continua, mesmo quando a criança deixa de ser criança e escola deixa de fazer parte de sua vida social (FRANCO, 2015). Assim, os sistemas de ensino devem buscar novas respostas para as necessidades de desenvolvimento das crianças com deficiência e transtornos, com o propósito de atender às demandas sociais por meio de medidas educativas que envolvam suas famílias, professores e demais intervenientes do processo educativo, em uma ação colaborativa. A literatura afirma que é comum o diagnóstico do transtorno ocorrer na idade pré-escolar (APA, 2014). Frente a isso, o diagnóstico emitido por laudo médico consistiu em pré-requisito de participação das crianças na pesquisa.

O *Relatório de Monitoramento Global da Educação* – “Educação para as pessoas e o planeta: criar futuros sustentáveis para todos” (*Relatório GEM*)<sup>1</sup> da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2016) tem a tarefa de avaliar os progressos da educação e o cumprimento da nova agenda de desenvolvimento, com prazo para 2030. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de número 4 (ODS-4) diz que deve ser assegurada educação inclusiva, equitativa e de qualidade, promovendo oportunidades de aprendizagem para todas as pessoas, ao longo da vida.

Em seguida, o Relatório Resumo 2017/2018 “Responsibilização na Educação: Cumprir nossos compromissos” considera a importância de não apontar ou procurar culpados para os problemas da educação. A educação é vista como uma “responsabilidade compartilhada” entre governos, escolas, professores e as famílias para atingir o ODS-4. Nesse sentido, garantir educação equitativa e de qualidade, segundo o documento, passa a ser uma empreitada coletiva de responsabilidade conjunta. Para tanto, é necessário que os intervenientes do processo educativo não estejam aquém das políticas inclusivas, tampouco isolados do mundo à sua volta (UNESCO, 2017). Por esse motivo, o Relatório Resumo 2019 “Migração, deslocamento e educação: *construir pontes, não muros*” faz um resumo da situação da educação de imigrantes no mundo, incluindo aqueles com deficiência (UNESCO, 2019).

O relatório alerta que estudantes imigrantes com deficiência se encontram em situação de risco pessoal e social, no sentido de que uma oferta de educação adequada para esse grupo raramente está disponível pelas redes públicas e particulares de ensino. As barreiras são acentuadas quando se trata de alunos com dificuldades de autocuidado. Segundo o relatório, um estudo realizado no Paquistão mostrou que pessoas com deficiência visual (52%) tinham mais chances de frequentar

---

1 Os relatórios de EPT foram documentos publicados anualmente com o objetivo de acompanhar o cumprimento de metas da educação para todos (EPT). O Relatório de Monitoramento da Educação – Relatório GEM foi lançado pela UNESCO em setembro de 2016 e apresenta como temática “*Educação para as pessoas e o planeta: criar futuros sustentáveis para todos*” (UNESCO, 2016). Esse relatório responde ao 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU) para erradicação da pobreza, proteção do planeta e garantia de paz e prosperidade à humanidade. Os ODS sucedem tanto os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) quanto os objetivos da Educação para Todos (EPT) – ambos com prazos já expirados de execução. A Educação de Qualidade consiste no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de número 4 (ODS – 4).

a escola do que aquelas com dificuldades de cuidado próprio (7,5%). Contudo, a falta de acessibilidade física e formação docente são os problemas mais destacados em relação à inclusão (UNESCO, 2019).

Nos Estados Unidos, de acordo com a Lei de Educação de Indivíduos com Deficiência (*Individuals with Disabilities Education Act – IDEA*), cada estado tem seu próprio critério de seleção para encontrar pessoas elegíveis para serviços de educação especial. As crianças no sistema escolar que têm *deficits* na comunicação verbal e não verbal, bem como na interação social, também podem ser incluídas nos serviços educacionais sob a categoria de Transtorno do Espectro do Autista (*Autistic Spectrum Disorder – ASD*) (BLACHER; LITTIN, HOWELL, 2013), nos quais pais e professores podem inclusive escolher a modalidade de inclusão mais apropriada à necessidade de cada criança. Nesse contexto, a inclusão ocorre em configurações escolares públicas (aquelas realizadas em ambientes menos restritivos) ou não-públicas (realizadas em ambientes mais restritivos). Essas configurações parecem levantar discussões similares às que ocorrem no Brasil, desde a década de 1990, entre os que defendem a inclusão em escolas regulares e aqueles que defendem a permanência de crianças com deficiência em instituições especializadas.

A Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais refere que os países da União Europeia (UE) se organizam em três categorias para cumprir suas políticas de educação especial/inclusiva por meio de três formas distintas de abordagens - *one-track approach*, *multi track approach* e *two-track approach* (European Agency for Development in Special Needs Education, 2006). A *one-track approach* ou **abordagem de via única** é adotada por países como a Espanha, Grécia, Itália, Portugal, Suécia, Islândia, Noruega e Chipre. Esses países dispõem de um único sistema de ensino e incluem um número expressivo de alunos com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) no ensino regular. A *multi track approach* ou **abordagem múltipla de inclusão** abarca os países que possuem dois sistemas de ensino, como a Dinamarca, França, Irlanda Luxemburgo, Áustria, Finlândia, Reino Unido, entre outros, que se valem de serviços da educação especial e do ensino regular. A *two-track approach* ou **abordagem de duas vias** defende dois sistemas educacionais distintos. Países que seguem essa abordagem são regidos por legislações diferentes para o ensino tradicional e Educação Especial. Dessa forma, o amplo sistema de Educação Especial funciona paralelamente ao sistema regular de ensino. Outros países nesse continente seguiram a tendência de proporcionar aos

pais de crianças com necessidades educativas especiais a oportunidade de escolher uma escola para os seus filhos, numa tentativa de alcançar ambientes mais inclusivos.

O Programa Educativo Individualizado (Individualized Educational Program – IEP), criado em conformidade com a Lei de Educação de Indivíduos com Deficiência (IDEA), por exemplo, é um programa aceito por quase todos os países europeus. Trata-se de um documento projetado exclusivamente para um único aluno, respeitando as suas singularidades e especificidades. Funciona como um instrumento de avaliação do progresso dos estudantes, direcionando sobretudo as adaptações curriculares. No Colorado, o IEP segue as diretrizes da Lei de Educação Infantil (Excepcional Children’s Education Act – ECEA) e é utilizado na educação de crianças com o Transtorno do Espectro Autista, subsidiado pelo método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) (CARDOSO, 2014; European Agency for Development in Special Needs Education, 2006). As leis e políticas brasileiras descritas a seguir, que dispõem acerca do TEA como deficiência e sobre a inclusão dessas pessoas como público-alvo da Educação Especial, configuram-se em respostas ao compromisso firmado por acordos internacionais e são recentes em relação aos demais dispositivos legais que dispõem sobre os direitos da pessoa com deficiência.

No ano de 2012, a Lei nº 12.764 (BRASIL, 2012), também conhecida como Lei Berenice Piana, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, considerando-a como pessoa com deficiência, para fins de garantia de direitos equivalentes às demais pessoas com deficiência, enquanto a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva (PNEEPEI) direciona a Educação Especial, determinando também o público-alvo – pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2008).

O principal objetivo da PNEEPEI é garantir a inclusão escolar e direcionar os sistemas educacionais para garantir que esse público-alvo tenha acesso ao ensino regular. No entanto, é comum pensar que o Atendimento Educacional Especializado (AEE), realizado na Sala de Recurso Multifuncional (SRM), é a meta "principal" da inclusão e que a colocação de alunos com deficiência na sala de aula regular seja a única maneira de incluí-los. O objetivo secundário da PNEEPEI de oferecer AEE a alunos com deficiência, Desordens Globais do Desenvolvimento e Altas Habilidades é, por vezes, confundido com o objetivo básico.

Outros objetivos da PNEEPEI, tais como: (1) formar profissionais para o Atendimento Educacional Especializado; (2) capacitar os profissionais da educação para inclusão; (3) promover o envolvimento da comunidade e da família (BRASIL, 2008) podem não estar recebendo a devida atenção. Em geral, entende-se que essa falha pode prejudicar o trabalho colaborativo, as relações entre os intervenientes do processo educativo, o incentivo de habilidades sociais e o desenvolvimento da Competência Social da criança.

O presente estudo foi realizado na Pré-Escola Mãe Preta, localizada na Rua Azulão, s/n, Parque Santa Cruz, no município de Santa Inês, no estado do Maranhão, Brasil. Tal escolha para a realização da pesquisa deu-se por haver crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista devidamente matriculadas, nos dois turnos de funcionamento da escola. A pesquisa tornou-se viável devido à escassez de publicações relacionadas a práticas pedagógicas para a Competência Social de crianças pré-escolares com TEA na realidade brasileira, especificamente, que abordem a Competência Social no Transtorno do Espectro Autista (CAMARGO; BOSA, 2012; TOGASHI; WALTER 2016). Para tanto, alguns dos estudos levantados, com foco na Competência Social e seus derivados (reciprocidade social, habilidades sociais e atenção compartilhada) são abordados na segunda seção do presente estudo. Outros são destacados na apresentação dos resultados.

O interesse por pesquisar sobre o Transtorno do Espectro Autista se deu devido ao fator de convívio com uma criança com sinais do referido transtorno. Isso levou ao início da investigação sobre o assunto. Ainda em relação à criança, o diagnóstico, o início da intervenção com aconselhamento familiar e o ingresso na escola regular minimizaram os *deficits* que compunham os critérios diagnósticos de TEA. Nesse sentido, parece compreensível, a partir da narrativa feita acima, que os avanços no desenvolvimento foram possibilitados pela intervenção com profissionais de diferentes áreas e pelas interações nos ambientes sociais que a criança passou a frequentar. Diante do exposto, questionamos: Como a avaliação do desenvolvimento infantil pode contribuir para a compreensão do desenvolvimento da Competência Social em Crianças com TEA?

O objetivo do estudo foi elaborar estratégias de intervenção voltadas à Competência Social de crianças com TEA, no contexto das interações sociais e do trabalho colaborativo com professores, pais e cuidadores escolares. Sendo o interesse da pesquisa potencializado por meio da intervenção, realizada na Pré-escola

Mãe Preta, no município de Santa Inês-MA. Assim, os objetivos específicos do estudo foram: avaliar o desenvolvimento da criança com TEA; investigar como e onde se desenvolve a Competência Social na infância; verificar metodologias de ensino que promovam Competência Social; elaborar um caderno didático-pedagógico, contendo os passos da intervenção-ação. Os questionamentos que nortearam o estudo foram: (1) como e onde se desenvolve a Competência Social; (2) quais estratégias de ensino são indicadas para a promoção da Competência Social; (3) quais as contribuições sociais e científicas de uma intervenção colaborativa com foco na Competência Social.

Para apresentação do Estudo, a dissertação foi organizada em seções, a saber: a primeira seção é dedicada à apresentação do estudo. Os parágrafos iniciais fazem uma breve definição do TEA e da Competência Social. Em seguida, descreve-se a necessidade da investigação, que conseqüentemente culmina na abordagem de aspectos sobre a inclusão educacional. Inicia-se no contexto global e culmina no contexto local. Relata-se brevemente sobre a Educação Especial no Brasil. Em seguida, foram expostos os motivos, os objetivos e os questionamentos que nortearam o estudo.

Na segunda seção, versa-se brevemente sobre a origem e classificação do TEA. Na primeira subseção, são desveladas algumas descobertas e impactos que vão desde a origem do termo à etiologia do transtorno. Na segunda subseção, descreve-se o TEA de acordo com classificação e critérios de diagnóstico. A terceira seção foi destinada à abordagem da Competência Social e do Transtorno do Espectro Autista. Nela há duas subseções, que ligam a teoria e outras pesquisas de intervenção ao objeto de estudo. Na quarta seção, descreve-se a metodologia.

Os dados são apresentados e analisados na quinta seção, por meio dos três instrumentos utilizados para levantamento de dados – entrevista sociodemográfica e de desenvolvimento da criança, observação livre e avaliação por meio do Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R). Nas conclusões, os pontos centrais da investigação são retomados, elencando-se as metas alcançadas e o processo para atingi-las. Apresentam-se ainda as considerações sobre os instrumentos de avaliação do desenvolvimento e sobre os resultados obtidos. Por fim, as respostas aos questionamentos levantados e a conclusão final do estudo.

## 2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: origem e classificação

O Transtorno do Espectro Autista é um distúrbio de causa desconhecida, os sinais que o identificam costumam aparecer ainda em bebês, porém o diagnóstico geralmente ocorre a partir dos três anos de idade, período em que a criança passa a ter dificuldades em corresponder às demandas sociais (APA, 2014). Apesar de se apresentar em três níveis de gravidade que convencionalmente remetem aos níveis: leve, moderado e severo, consiste em um grave e complexo transtorno do neurodesenvolvimento. Portanto, o processo analítico no transtorno, que não deve ser negligenciado, é o diagnóstico precoce, sobretudo no que se refere à comunicação e interação social da criança.

### 2.1 Descobertas e Impactos: da origem do termo à etiologia do transtorno

O termo “autismo” foi introduzido na literatura científica para designar a “demência precoce” e utilizado por diversos autores como descrição de sintomas atípicos de fuga da realidade e retirada interna (MARFINATI; ABRÃO, 2014; DIAS, 2015; SILVA, 2006). Os psiquiatras austríacos Leo Kanner e Hans Asperger utilizaram tal termo para descrever o quadro de crianças que apresentavam severas alterações socioemocionais e comportamentais. Leo Kanner desenvolveu, durante cinco anos, um estudo que ficou conhecido na defesa de sua tese “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” (*Autistic Disturbances of affective contact*), pesquisa feita na *Johns Hopkins University*, nos Estados Unidos e publicada na revista “As crianças nervosas” (*The Nervous Children*) (KANNER, 1943). O estudo envolveu 8 meninos e 3 meninas entre 2 e 8 anos, caracterizados pela ausência de reciprocidade social, isolamento extremo e obsessão a rotinas e representou a sua tese de doutorado.

Kanner relatou, em seu estudo, que os pais compreendiam seus filhos como crianças autossuficientes e felizes quando deixadas sozinhas. No entanto, o contato físico ou qualquer ruído que ameaçasse sua solidão era encarado de forma perturbadora. Nesse sentido, os relatos bem redigidos dos pais enviados a Kanner o levaram a deduzir que se tratava de pais com alto nível de conhecimento. Asperger publicou, em 1938, na “Revista Viena - Clínica Semanal” (*Journal "Wiener Klinische Wochenschrift"*) um artigo em que mencionava o termo "psicopatas autistas" para se referir a crianças com distintas características no desenvolvimento. E também

defendeu, em 1943, sua tese de livre docência, *Psicopatia Autística da Infância*, publicada em alemão, em 1944 (WING, 1981; SILBERMAN, 2015; CZECH, 2018). As diferenças entre o autismo de Kanner e a Síndrome de Asperger se devem inicialmente ao fato de que o trabalho de Kanner se concentrava nos achados do autismo no campo psiquiátrico. Já os estudos de Asperger desenvolveram-se no Departamento de Educação Especial da Clínica Infantil da Universidade de Viena, à luz da psicologia e educação (DIAS, 2015, SILBERMAN, 2015).

Estudos indicam que Kanner estava ciente do distúrbio autístico descoberto por Asperger (WING, 1981; SILBERMAN, 2015) e que não o teria mencionado por acreditar que crianças com psicopatia autística manifestavam uma sintomatologia única. Por outro lado, Asperger teria destacado uma variedade de manifestações em diferentes contextos clínicos (empatia nas interações sociais, boa atenção e memorização, preservação do desenvolvimento cognitivo, estereotípias motoras, habilidades em uma determinada área, *déficits* na linguagem, linguagem formal e pedante), entre outras manifestações marcadamente conhecidas como “*spectrum*”.

Asperger ficou conhecido pela comunidade científica, a partir de 1981, por influência de Lorna Wing<sup>2</sup>, que traduziu os escritos para o inglês, divulgando os resultados em sua pesquisa intitulada *Síndrome de Asperger: um relato clínico* (WING, 1981; SILBERMAN, 2015). O estudo de Lorna Wing contribuiu para o reconhecimento dos escritos de Asperger como uma síndrome que caracterizava um grupo mais amplo de condições. E, com a publicação da quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*Manual Diagnostic and Statistical of Mental Disorders – DSM-5*), passou a compor o grupo de Transtornos que foram unificados no TEA.

Estudos vêm afirmando que Asperger teria cooperado com ideais nazistas e com suas políticas de eugenia e eutanásia. Exemplos são o artigo “Hans Asperger, o nacional-socialismo e a “higiene racial” na Viena da era nazista”, de Herwig Czech<sup>3</sup>, publicado na revista *Autismo Molecular (Molecular Autism)* (CZECH, 2018) e o livro

---

<sup>2</sup> Lorna Wing foi uma médica psiquiatra inglesa que, além de ter contribuído para a difusão dos estudos de Asperger, tornou a Síndrome conhecida, utilizando pela primeira vez a expressão “Síndrome de Asperger”. Wing compreendeu as três características comuns das perturbações autísticas: dificuldades de socialização, comunicação e imaginação, versadas como a “tríade de Wing” ou “tríade do autismo”. A médica, que também tinha uma filha com o transtorno, faleceu em 2014, aos 86 anos.

<sup>3</sup> No momento que o presente estudo foi realizado, Herwig Czech era Assistente Pós-Doc de História Médica da Universidade de Medicina de Viena. E integrava o grupo de cientistas do Instituto de História da Medicina e Ética em Medicina do Charité - Universitätsmedizin Berlin, considerado um dos maiores hospitais universitários da Europa.

“Crianças de Asperger: a descoberta do autismo na Viena nazista”, de Edith Sheffer<sup>4</sup> (SHEFFER, 2018). Os estudos citados reuniram uma série de informações e documentação clínica, levantadas a partir de arquivos pessoais e publicações de Asperger. Até então, tais documentos eram considerados destruídos durante a Segunda Guerra Mundial, momento em que a clínica teria sido bombardeada.

Esse material foi descoberto quando Herwig Czech começou a investigar a vida de Asperger para discutir com estudantes universitários as influências dos trinta anos de sua morte. A pretensão era comprovar ou refutar a tese de ligação de Asperger com o nacional-socialismo e as defesas do médico como um oponente ativo das políticas de higiene racial, que já haviam sido levantadas contra ele. Os documentos foram apresentados em 43 páginas, no estudo de Czech (2018).

Acredita-se que Asperger teria enviado um número expressivo de crianças para *Spiegelgrund*, uma clínica infantil de Viena, transformada em centro de extermínio. A clínica era dirigida por Erwin Jekelius, amigo de Asperger. *Spiegelgrund* foi considerada um dos centros de extermínio mais nefastos do Terceiro Reich. Crianças teriam morrido na clínica de Jekelius pelo Aktion T4, Programa de Eutanásia Infantil, onde eram selecionadas para tratamento ou eliminação, de acordo com a raça, religião, comportamento ou condição física (CZECH, 2018; SHEFFER, 2018). Ainda de acordo com o estudo, o nome de Asperger aparece nos arquivos de algumas crianças. Uma delas, chamada Herta Schreiber, menina de 3 anos, teria falecido dois meses após ser enviada para *Spiegelgrund*.

A “eutanásia” de crianças mentalmente perturbadas foi defendida publicamente por Robert Kennedy, neurologista americano que defendia a eutanásia como um ato compassivo e caridoso. Nesse aspecto, a defesa, minuciosamente formulada por ele, foi publicada na Revista Americana de Psiquiatria (*American Journal of Psychiatry*), em 1942 (DONVAN; ZUCKER, 2017). Segundo o estudo, Kennedy defendeu um processo organizado de critérios de seleção, em que a idade permitida para observação de incapacidade social e incapacidade de sobrevivência seria a partir dos 5 anos de idade. Além disso, os pais teriam que solicitar e autorizar a

---

<sup>4</sup> No momento que o presente estudo foi realizado, Edith Sheffer era pesquisadora sênior do Instituto de Estudos Europeus da Universidade da Califórnia em Berkeley e tem um filho; como mãe de um menino com TEA, pesquisou em 2011 os mesmos documentos a que Czech teve contato, em 2009. O resultado de sua pesquisa foi a publicação de um livro, em 2018, no qual relata toda a sua descoberta.

"morte indolor". A revista teria lançado uma retratação, tempos depois, defendendo a humanização das crianças com transtornos mentais.

Eric Schopler<sup>5</sup> já havia lançado a possibilidade da conexão de Asperger com o Movimento Juvenil Alemão, mas ele não foi levado a sério, pois não havia levantado nenhuma documentação que comprovasse tal proposição. Cogitava-se apenas que a aversão de Schopler a Asperger era em virtude de sua infância, quando teve que fugir da Alemanha nazista com o resto da família judia. Isso teria feito de Schopler um adulto excessivamente desconfiado (DONVAN; ZUCKER, 2017; CZEICH, 2018). Em 2007, alguns simpatizantes e seguidores de Asperger tentaram realizar uma defesa pública. Asseguravam que o médico tentou proteger as crianças ameaçadas de serem enviadas para os campos de concentração, mas a alegação teria sido fraca, uma vez que a eutanásia infantil não possuía esse tipo de ligação (CZEICH, 2018).

Embora a vida social, profissional e política de Kanner e Asperger tenham entrado em erupção em 2018, o que se enfatiza neste estudo é que, longe das discussões e controvérsias sobre as ações dos médicos, não há como negar os avanços com a divulgação inicial de estudos sobre os transtornos autísticos da infância. Por outro lado, as contestações que marcam o nome de Asperger alimentam o risco de a síndrome ser totalmente desconectada de seu nome (SEHEFFER, 2018).

A síndrome de Asperger foi discutida na Conferência Internacional de Genebra para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997). Este foi um conceito incluído no documento, sob a categoria de Distúrbios Globais do Desenvolvimento (F84). Essa inclusão deu-se em resposta às publicações de Wing. No entanto, é relevante ressaltar que a síndrome não foi incluída na nova versão do DSM-5 porque foi unificada no Transtorno do Espectro Autista. Assim, a Síndrome de Asperger, diagnosticada na CID-10 pela classificação F84.5, não é distinta do TEA. A fusão dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), com exceção da Síndrome de Rett, representa um único *continuum* de espectro que varia de leve a grave na categoria diagnóstica do TEA.

---

<sup>5</sup> Psicólogo americano, nascido na Alemanha em 1927, professor da Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill (University of North Carolina at Chapel Hill), criador do método conhecido como "Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Transtornos Correlatos da Comunicação" (*Treatment and Education of Children with Autistic Disabilities and Related Communication – TEACCH*)

A Síndrome de Rett (SR) tornou-se uma entidade nosológica distinta, sendo que no DSM-5 é considerada apenas para diagnóstico de diferenciação do TEA. Possui algumas características diagnósticas que se assemelham ao transtorno, como a ruptura da interação social, que se manifesta normalmente entre 1 e 4 anos de idade. No entanto, isso parece não ser ou se tornar as maiores preocupações prognósticas da síndrome (APA, 2014).

O TEA é considerado um transtorno complexo do desenvolvimento do cérebro, de etiologia indefinida e incidência quatro vezes maior em meninos. Por outro lado, a síndrome de Rett tem como etiologia genética fatores relacionados ao gene MeCP2, afetando excessivamente as meninas (SCHWARTZMAN, 2003). Nessa síndrome, as crianças apresentam um período típico de desenvolvimento e, logo em seguida, manifestam regressão neurológica, com lentidão do crescimento craniano e comprometimento dos movimentos funcionais dos membros superiores. No quadro da Síndrome de Rett também existem problemas cardiológicos e respiratórios. Estes últimos devido à escoliose, muito comum em crianças diagnosticadas. No Transtorno do Espectro Autista são identificados indivíduos com ou sem deficiência intelectual, com pouco ou nenhum prejuízo nas habilidades acadêmicas e/ou atividades de vida diária. E indivíduos que apresentam, além da deficiência intelectual, comorbidades como Síndrome de Rett e Síndrome do X-Frágil (GRIESI-OLIVEIRA, SERTIÉ, 2017).

Mesmo apresentando *deficit* cognitivo, cerca de 10% das pessoas diagnosticadas com TEA exibem desempenho extraordinário em uma habilidade específica. Isso acontece devido a um fenômeno conhecido como *savantismo*, no qual a criança demonstra desempenho prodigioso, sobretudo relacionado à extraordinária capacidade de memorização de sequências numéricas, letras, partituras musicais, entre outros tipos de sequenciação. Outras crianças podem desenvolver “ilhas de habilidades especiais” ou *splinter skills* e manifestar habilidades supredentes em uma determinada área. Essas habilidades contrastam com os demais *deficits* de funcionamento da criança (KLIN, 2006).

### 2.1.1 Possíveis causas e os fatores de risco

A definição etiológica do Transtorno do Espectro Autista seria relevante para delineamento da prevenção, controle e possível cura do transtorno. Não obstante, em meio às incompreensões e incertezas, algumas teorias foram descritas,

aliás, decisivas como forma de compreender e explicar as falhas nas interações afetivas e operações mentais de crianças com TEA, como as elencadas a seguir: Teoria Psicanalítica – TUSTIN/ 1972; Teoria Sócioafetiva – KANNER/ 1943; HOBSON/ 1993; Teoria das Mães Refrigeradas – BRUNO BETTELHEIM/ 1967; Teoria Social Cognitiva – BANDURA/ 1986; Teoria da Coerência Central – UTA FRITH/1989; Teoria da Mente (ToM) – BARON-COHEN/ 1995; e a mais recente, Teoria Neuropsicológica (JOSEPH, 1999).

As teorias acima mencionadas variam quando a explicação do transtorno se inclina para um *deficit* primário cognitivo ou socioafetivo (FONTANARI; VAITSES, 2011). Nossa intenção neste estudo não foi descrever cada uma das teorias listadas. No entanto, aquelas relacionadas com o enfoque cognitivista e o enfoque desenvolvimentista estão no centro das discussões para explicação do *deficit* primário do TEA. Esses enfoques serão abordados na próxima seção.

Kanner propôs como causa principal para desencadeamento do distúrbio uma possível influência socioafetiva. Contudo, passou a ser interpretado erroneamente em suas colocações. Muitos pesquisadores atribuíram a ele a culpabilização das mães na manifestação do transtorno. Nas considerações finais de seu estudo, Kanner questionou até que ponto a rotina de alguns pais “altamente inteligentes”, as relações frias e formais entre alguns casais e os traços de personalidade dos pais poderiam interferir no desenvolvimento das crianças (KANNER, 1943). É importante lembrar que Kanner justificou suas proposições com base em observações, relatos e análises documentais.

A suposição de Kanner é compreensível quando se passa a considerar o contexto histórico de seu tempo. Em 1938, quando seu primeiro estudo foi publicado, o mundo estava enfrentando um período de grande recessão, que começou em 1929 e se estendeu até a Segunda Guerra Mundial. Desde então, alguns estudos têm questionado as influências das crises globais na saúde mental, a partir das consequências catastróficas nas escalas econômica, política e social, bem como a influência de estressores no desenvolvimento do cérebro durante o período gestacional (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; PINTO et al, 2016).

Glen H. Elder Jr, Professor da University of California, analisou os efeitos da desordem social nos processos familiares e no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Os fundamentos estavam no estudo que relatou o curso de vida de 167 jovens, majoritariamente pertencentes à classe média, nascidos durante a “era da

grande depressão”. Nesse contexto, as inferências voltavam-se para as preocupações com o desemprego, perda de *status* e desentendimentos entre casais, eclodidos em consequência da crise mundial, que provocaram grande *stress* no ambiente familiar e mudaram as formas como as famílias se tratavam (ELDER, 1998).

Kanner observou que mais de 50% das mães em seu estudo tinham ensino superior, o que era incomum naquela época. E destacou a inquietação dos pais com o desenvolvimento de seus filhos. Segundo Kanner, a mãe de seu primeiro paciente mostrou grande preocupação e interesse pelo estudo, além de buscar incansavelmente formas de interagir com a criança, levando-nos a questionar sobre frieza materna.

Estudo publicado no Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, com o objetivo de analisar simultaneamente os efeitos da depressão e ansiedade materna durante a gestação e os resultados do crescimento neonatal a partir do sexto mês, mostraram os seguintes dados: (1) As mães ansiosas apresentaram predominantemente fetos com menor peso e índice ponderal no nascimento do que os das mães não ansiosas pertencentes ao grupo de controle; (2) Os elevados níveis de *stress* e ansiedade podem ser tão prejudiciais ao desenvolvimento do feto quanto o uso de álcool e droga durante a gravidez (HADJKACEM et al., 2016). Em outro estudo, constataram que “[...] os glicocorticoides maternos podem ser transduzidos para o feto pelo transporte transplacentário e pela liberação induzida pelo estresse de hormônios placentários na circulação fetal” (PINTO et al., 2016). Com base nos estudos supracitados, é possível fazer uma (re) leitura dos estudos de Kanner, nos quais não há explicação específica que determine a frieza materna como causa do transtorno. No entanto, parece compreensível a narrativa sobre a influência de um conjunto de fatores biológicos e ambientais, pautados nas transformações familiares, diante do ritmo frenético da modernidade.

A teoria da “mães-geladeiras” ou “mães-frigoríficas” foi difundida por Bruno Bettelheim, diretor da Escola Ortogênica de Chicago, que atendia a crianças classificadas como autistas (BRIGGS, 2019). Tornou-se um grande estudioso do transtorno, recebendo imenso prestígio, entre os anos de 1950 e 1990, sobretudo na França, onde o tratamento da psicose infantil era conduzido pela teoria psicanalítica. De acordo com essa teoria, a criança autista é incapaz de entrar no mundo simbólico porque as funções de projeção da imagem idealizada estão ausentes, devido ao baixo

investimento parental e clima familiar insatisfatório, tornando o "eu" (*self*)<sup>6</sup> inconsistente (FONTANARI; VAITSES, 2011).

Bettelheim teria rejeitado as considerações de Kanner que postulavam o papel biológico na etiologia do autismo. O autor estava convencido de que a causa do transtorno derivava do desejo de um dos pais pela inexistência da criança. Assim, para tratar essa criança, seria necessário tirá-la do ambiente familiar, local que considerava inóspito (HERBERT; SHARP; GAUDIANO, 2016). Sobre Bettelheim, conclui-se uma história igualmente obscura à que foi apresentada sobre Asperger. Pelo menos do ponto de vista americano. Bettelheim cometeu suicídio aos 86 anos e, pouco depois de sua morte, foi acusado de promover um clima de terrorismo em sua escola, supostamente por não ter passado por treinamento formal em psicanálise e por ter reivindicado a cura de 85% das crianças de sua escola, que não tinha o transtorno (HERBERT; SHARP; GAUDIANO, 2016). Segundo os estudos, outras acusações, como falsificação de credenciais; plágio em estudos científicos; e charlatanismo foram atribuídas ao médico. Além do que, as teorias psicanalíticas estavam perdendo força nos Estados Unidos com o surgimento das abordagens da neurociência e da psicologia comportamental. Assim, a má reputação que Bettelheim desenvolveu nos Estados Unidos não se ajustava ao prestígio que ele ganhava na França, onde a Teoria ainda era notável.

A neurociência explica que os fatores ambientais atuam diretamente em nossas vidas, especialmente no cérebro em desenvolvimento (estágio pré-natal). Nesse período, o "stress tóxico" é capaz de prejudicar a arquitetura cerebral, causando graves transtornos comportamentais, mentais e de aprendizagem (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013). Os estudos justificam que nosso cérebro é capaz de responder positivamente a estressores de curto prazo, mas podem entrar em colapso quando expostos ao *stress* crônico. Fombonne (2003) considerou que as observações de Kanner (1943) poderiam ter impulsionado pesquisas sobre os mecanismos genéticos por trás do TEA, se não fosse pelas incompreensões em seus estudos, relacionados à frieza materna como causa do transtorno.

Em um estudo de reanálise de risco familiar, realizado com crianças suecas nascidas entre 1982 e 2006, com acompanhamento até 2009 (SANDIN et al, 2017), a estimativa de herdabilidade para o TEA foi de 83% (SANDIN et al, 2017). Tal estudo

---

<sup>6</sup> O *self*, também chamado de autoconceito, está ligado à percepção que a pessoa tem de si mesmo e da realidade que o rodeia (ROGERS, 1992).

envolveu irmãos e meios-irmãos paternos e maternos, com objetivo de decompor a variância na causa do transtorno. Foi considerada a interferência de fatores ambientais compartilhados e não compartilhados, responsáveis por diferenças e similaridades entre irmãos. O estudo concluiu que a estimativa foi “precisa” no que se refere à captação de fatores genéticos para o TEA, devido à utilização de métodos específicos de definição de discordância e concordância. Entretanto, alertou para os altos índices de “herdabilidade” para o transtorno com o aumento da relação genética.

Outros estudos indicam que a estimativa de herdabilidade para o TEA atualmente fica acima de 90% (GUPTA; STATE, 2006; ZANOLLA, 2015). Todavia, a heterogeneidade genética do transtorno torna a etiologia uma icógnita, sobretudo em razão da incerteza do *locus (loci)*, ou seja, do cromossomo e do local exato do braço do cromossomo que revelaria o gene ou o marcador genético (GUPTA; STATE, 2006).

Por ser um transtorno de causas multifatoriais, é comum a relação com comorbidades sindrômicas como a síndrome de Down e a Síndrome do X-Frágil, as quais explicam algumas das causas indefinidas para o TEA e possuem marcadores genéticos (ZANOLLA et al., 2015). Os fatores ou síndromes ambientais, também denominadas de efeitos fetais resultantes de intercorrências gestacionais como infecções e stress psicológico, são investigados como causas para o transtorno. Nesse contexto, o estudo conclui que o aconselhamento genético (realidade distante para a maioria da população brasileira usuária do Sistema Único de Saúde – SUS) seria essencial para orientar as famílias quanto aos riscos de terem um ou mais filhos com TEA, sobretudo se algum membro da família já foi diagnosticado com o transtorno (ZANOLLA et al., 2015).

As causas genéticas associadas a fatores ambientais são grandes indicadores de desencadeamento do TEA (GIALLORETI et al., 2019; PIERCE et al., 2019). Logo, há fortes indícios para uma origem pré-natal. Os coeficientes e princípios ambientais de risco pré-natais para o TEA incluem ainda: exposição a substâncias químicas e tóxicas; uso de drogas e medicamentos; infecções e doenças maternas; fatores nutricionais; idade avançada dos pais; tecnologias de reprodução assistida.

Uma pesquisa transversal e comparativa, com objetivo de identificar fatores de risco pré-natais, perinatais e pós-natais para o TEA, foi realizada na Tunísia com 101 crianças. Aproximadamente 50 crianças com diagnóstico de TEA e 51 irmãos não afetados pelo transtorno. As crianças foram analisadas pela Escala de Avaliação de Autismo (Infantil Childhood Autism Rating Scale – CARS) (HADJKACEM et al., 2016).

O estudo confirmou a alta prevalência dos três fatores de risco para o TEA: 50% para fatores pré-natais; 60% para perinatais e 40% para pós-natais. Enquanto que, no grupo de controle, esse percentual foi 35,3% para fatores pré-natais; 11,8% para perinatais; e 9,8% para fatores pós-natais. Nenhuma correlação entre os três fatores foi encontrada para os três níveis de gravidade do transtorno. Os fatores pré-natais listados no estudo foram: exposição ao tabagismo (22%); infecção urinária (12%); hipertensão na gravidez (10%); aborto iminente (10%); diabetes gestacional (8%); Hipotensão (85%). Em relação aos fatores perinatais, chamou atenção a correlação para o sofrimento fetal agudo, o qual correspondeu a 26% no primeiro grupo e 5,9% no grupo de controle. Chegou a 18% para parto de longa duração no primeiro grupo e 5,9%, no segundo grupo. Aproximou-se de 18% para prematuridade no primeiro grupo e 0% para o grupo de controle (HADJKACEM, 2016).

Um estudo de rastreamento recente revelou algumas conclusões, no que se refere aos fatores de risco e diagnóstico precoce do TEA (PIERCE et al, 2019). Primeiro, trata-se de um transtorno que pode ter início em idade pré-natal. Segundo a detecção e diagnóstico do TEA pode se tornar estável a partir do 14º mês de vida. Justificativas para urgência da intervenção precoce. O estudo de coorte envolveu 1.269 crianças, das quais 918 (72,3%) eram meninos. Do total geral, apenas 7 receberam diagnóstico final de desenvolvimento típico. Foi constatado que 105 crianças não tinham indicações para o TEA na primeira triagem, mas receberam indicação em levantamentos posteriores. O estudo considerou ainda que o próximo passo dos pesquisadores seria determinar as intervenções capazes de proporcionar melhores resultados para o desenvolvimento e a implicação de seus benefícios entre as crianças e suas famílias (PIERCE et al., 2019).

Cabe aqui ressaltar, mais uma vez, a relevância de investigação da Competência Social, com base na avaliação do desenvolvimento da criança. E considerar que, dadas as análises e discussões dos estudos usados até agora, é certamente improvável que o comportamento dos pais durante a primeira infância de uma criança com TEA tenham alguma relação com o início do transtorno. Mas é possível que possa contribuir para maximizar os prejuízos na reciprocidade social.

## **2.2 Classificação, Critérios Diagnósticos e Identificação Precoce**

A cada 5 crianças que recebem o diagnóstico de TEA, 4 são meninos. Esse é um resultado de um novo rastreamento realizado nos Estados Unidos pela Rede de

Monitoramento de Incapacidade Autista e Desenvolvidor (Autism and Developmental Disabilities Monitoring – ADDM). Os dados mostram ainda que o TEA afeta 1 a cada 59 crianças (BAIO et al., 2018; PIERCE et al., 2019).

Reafirma-se, com base no *DSM-5*, que o TEA é um transtorno do desenvolvimento neurológico, por iniciar-se no período de desenvolvimento cerebral e por manifestar-se prioritariamente na primeira infância, no período de 0 a 3 anos de idade. No TEA, os *deficits* causados pelo transtorno se estendem por todo o curso de vida. No *DSM-5*, os *transtornos do neurodesenvolvimento* correspondem a: Deficiências Intelectuais; Transtornos da Comunicação; Transtorno do Espectro Autista; Transtorno de *Deficit* de Atenção/Hiperatividade; Transtorno Específico da Aprendizagem; Transtornos Motores; e Outros Transtornos Não Especificados do Neurodesenvolvimento (APA, 2014).

No grupo das *deficiências intelectuais*, encontram-se: (1) deficiência intelectual leve (F70), moderada (F71), grave (F72), profunda (F73); (2) Atraso Global do Desenvolvimento (F88); e (3) Deficiência Intelectual Não Especificada (F79). No grupo dos *transtornos da comunicação*, estão: (1) Transtorno da Linguagem (F80.2); (2) Transtorno da Fala (F80.0); (3) Transtorno da Fluência com Início na Infância/Gagueira (F80.81); (4) Transtorno da Comunicação Social/ Pragmática (F80.89); (5) Transtorno da Comunicação Não Especificado (F80.9).

Não há grupo para *Transtorno do Espectro Autista* (F84.0). Portanto, o distúrbio aparece no singular. Para fins de diagnóstico, devem ser especificadas associações com doenças neurológicas, genéticas e/ou outras perturbações do desenvolvimento neurológico, mentais ou comportamentais. Além disso, a gravidade atual dos *deficits* persistentes em comunicação, interação social, padrões repetitivos e comportamento atípico (incomum) deve ser especificada. Finalmente, deve-se salientar se existe comprometimento intelectual e/ou de linguagem concomitante.

No *Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade* (TDAH) a classificação é feita por meio das formas de apresentação, que podem ser: (1) forma combinada (F90.2); (2) Com desatenção predominante (F90.0); (3) forma predominantemente hiperativa/impulsiva (F90.1). Deve-se especificar a gravidade atual (leve, moderada ou grave) e se ocorre em remissão parcial. Pode ser classificado ainda em: *Outro Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade Especificado* (F90.8); e *Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade Não Especificado* (F90.9).

O *Transtorno Específico da Aprendizagem* é classificado a partir: (1) dos prejuízos na leitura (F81.0); (2) da expressão escrita (F81.81); e (3) dos cálculos da matemática (F81.2). Ressalta-se que, para esses três prejuízos, deve-se especificar o nível de gravidade em leve, moderado e grave. Os *Transtornos Motores* compreendem: (1) Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (F82); (2) Transtorno do Movimento Estereotipado (F98.4). No primeiro as atividades motoras se encontram abaixo do esperado na primeira infância. A criança é aparentemente desajeitada ou desastrada e apresenta dificuldades ao manusear tesouras, escrever à mão, andar de bicicletas e praticar esportes. No segundo, há predominância de movimentos motores repetitivos, sem propósito. Por exemplo, balançar o corpo, apertar ou abanar as mãos, bater a cabeça, golpear e/ou morder o próprio corpo.

No TEA, o envolvimento de um ou mais dos distúrbios acima descritos é muito comum. Nesse sentido, a inquietação volta-se para três argumentos igualmente importantes – a identificação, o diagnóstico e a intervenção precoce (BOSA, 2006; CARVALHO et al., 2013; FRANCO, 2015; ZAQUEU, 2015). Este último depende exclusivamente dos dois anteriores, no sentido de que a intervenção precoce tem a mesma urgência. Assim, faz-se necessário um acompanhamento evolutivo, envolvendo a família e profissionais da educação, saúde e assistência, com avaliações específicas, orientando o tipo de intervenção mais adequada às necessidades de cada criança.

As duas características essenciais consideradas como critérios de diagnóstico para o TEA são: (i) *deficits* persistentes nas habilidades sociais e de comunicação, que se referem mais especificamente às dificuldades na reciprocidade socioemocional, no comportamento comunicativo e no desenvolvimento e compreensão de relacionamentos; (ii) padrões restritos e repetitivos de comportamento, relacionados a movimento e fala estereotipada, inflexão a rotinas, interesses fixos (hiperfoco) e hiperreatividade ou hiporreatividade a estímulos sensoriais.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Em relação aos padrões atípicos de comportamento estão incluídos: (1) motores, referem-se à repetição de movimentos (estereotipias motoras), de fala (ecolalia) e de uso de objetos (alinhamento de objetos por cores ou tamanhos); (2) inflexão a rotinas que expressam o padrão rígido de comportamento (dificuldades em alterar caminhos, posições de objetos, lidar com mudanças e necessidade de ingerir os mesmos alimentos todos os dias); (3) Interesses fixos com apego a objetos e uso incomum desses objetos; (4) hiper ou hiporreatividade, quando a criança possui demasiada sensibilidade a estímulos sensoriais ou aparente indiferença à dor ou temperatura (APA, 2014).

Para os dois critérios de diagnóstico apontados no DSM-5, é necessário que se determine a gravidade do transtorno, com base nos prejuízos da comunicação social e nos padrões comportamentais, em três níveis: (1) exigindo apoio; (2) exigindo apoio substancial; e (3) exigindo apoio muito substancial. Deste modo, embora os critérios (A e B) exponham características comuns, existem indivíduos com o mesmo transtorno que possuem características diversas em relação ao desenvolvimento e comportamento; é o que caracteriza o *spectrum*.

O conjunto de características consideradas para o diagnóstico de TEA decorrem de sinais que se manifestam muito cedo, possíveis de serem percebidos ainda nos primeiros meses de vida e que se tornam ainda mais evidentes após o 18º mês. Embora pesquisas evidenciem a identificação de sinais precoces do TEA a partir do 24º mês de vida, há possibilidades de detecção e diagnóstico estável depois do 14º mês (PIERCE et al., 2019; SBP, 2019). Assim, torna-se necessário realizar a vigilância do desenvolvimento infantil para verificação de alguns sinais de desenvolvimento atípico em bebês.

Na saúde, o termo *vigilância* define um conjunto de ações voltadas para a prevenção e enfrentamento de problemas de saúde, geralmente ligados a situações e fatores de risco, a partir das quais a situação de saúde da população deve ser permanentemente observada e analisada (BRASIL, 2010). A *vigilância do desenvolvimento infantil* se propõe a detectar problemas no desenvolvimento, durante a atenção primária, à saúde da criança, envolvendo a colaboração de profissionais da saúde, pais, professores e comunidade (OPAS, 2005).

Alguns sinais de desenvolvimento atípico podem ser extraídos do Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil, no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI (OPAS, 2005) e da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017), os principais compreendem: os *deficits* na vocalização, ausência de sorriso social, prejuízos no contato visual e dificuldades para acompanhar a linha média, conforme demonstra o quadro a seguir.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) descreve alguns sinais de alerta para o desenvolvimento de bebês. Os alertas para risco de TEA, a partir do sexto mês de vida, revelam: expressão facial precária; *deficits* no contato visual; ausência de sorriso social; *deficits* na reciprocidade sociocomunicativa. No nono mês, a vigilância se volta para a surdez aparente (quando o bebê não responde ao chamado), geralmente não olha para onde o adulto aponta e apresenta *deficits* na imitação. Os

alertas para crianças depois do 12<sup>o</sup> mês referem-se à ausência de balbúcios e gestos, como dar tchau, além de *deficits* na atenção compartilhada (SBP, 2019).

**Quadro 1** - Vigilância do desenvolvimento infantil no primeiro e segundo mês de vida: sinais sugestivos para TEA

<b>Sinais de desenvolvimento atípico</b>	<b>Manifestação no desenvolvimento e/ou comportamento do bebê</b>
<b>Pouca ou nenhuma vocalização</b>	Entre o primeiro e o segundo mês de vida, crianças com desenvolvimento atípico podem não vocalizar ou interagir com adultos emitindo sons guturais. É importante ressaltar que o choro não é considerado um som gutural para avaliação dos marcos do desenvolvimento.
<b>Ausência de sorriso social</b>	O primeiro sorriso social geralmente ocorre a partir de um mês e meio de vida. A orientação para a verificação do sorriso social e vocalização em bebês, nos documentos referenciados, é por meio de conversa infantilizada, muito comum entre mãe e bebê.
<b>Deficits no contato visual</b>	A partir do segundo mês, pode haver sinais de desenvolvimento atípico, quando o bebê não olha para as pessoas de forma evidente, seja por meio de conversa infantilizada ou durante amamentação. Nessa idade, geralmente a criança começa a acompanhar objetos visualmente, na altura da linha média.

Fonte: Construído pela autora, com base em informações do Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDIPI (OPAS 2005) e da Caderneta de Saúde da Criança – Menino (BRASIL, 2017).

A Sociedade Brasileira de Pediatria destaca ainda a relevância do médico pediatra na percepção dos sinais precoces do TEA, uma vez que esse profissional faz o acompanhamento do desenvolvimento de crianças desde os primeiros meses de vida. A observação e relato dos pais em relação aos marcos do desenvolvimento da criança também podem auxiliar especialistas na realização da identificação precoce e possível diagnóstico de TEA, distúrbio cuja detecção é basicamente clínica, não havendo ainda exame complementar que auxilie o diagnóstico (SBP, 2019).

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o TEA está identificado na categoria dos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico (F80 a F89), agrupado à subcategoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD (F.84.0 a F84.9). Tal abrangência corresponde a: Autismo Infantil (F84.0); Autismo Atípico (F84.1); Síndrome de Rett (F84.2); outros Transtornos Desintegrativos da Infância (F84.3); Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados (F84.4); Síndrome de Asperger (F84.5); Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84.8); Transtornos Globais Não-Especificados do Desenvolvimento (F84.9) (OMS, 1997).

Com a CID-11, lançada em 18 de junho de 2018, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), todas as subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84), com exceção da síndrome de Rett (F84.2), foram unificadas no TEA, abalizados na categoria (6), referente aos Transtornos mentais, comportamentais ou de neurodesenvolvimento (*Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*). Esse documento se trata apenas de uma pré-visualização prevista para entrar em vigor em 2022, em um formato totalmente eletrônico. No site da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization<sup>8</sup>), é possível fazer a pré-visualização do documento, pois durante a realização deste estudo, o documento encontrava-se em fase de desenvolvimento.

Na CID-11, a princípio, o TEA é dividido em oito subcategorias. Seis categorias destacam prejuízos na Linguagem Funcional (LF) ou presença de Deficiência Intelectual (DI). As outras duas subcategorias referem-se ao Transtorno do Espectro do Autismo especificado e ao Transtorno do Espectro do Autismo não especificado. A intenção da Organização Mundial de Saúde, com a nova subdivisão, é facilitar o diagnóstico, simplificando a codificação para o acesso aos serviços de saúde, semelhante às intenções propostas pela nova versão do DSM. Aliás, o DSM-5, por meio de nota explicativa, informa que os indivíduos diagnosticados nas subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento devem ser orientados a receber novo diagnóstico de *Transtorno do Espectro Autista* (APA, 2014).

---

<sup>8</sup> Informação disponível no site da Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.

### 3 COMPETÊNCIA SOCIAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O estudo da Competência Social referencia-se no campo Teórico-prático das Habilidades Sociais. Esse campo de investigação e intervenção foi fundado pelo movimento da Psicologia conhecido como Treinamento das Habilidades Sociais (TSH) (COMODO; DIAS, 2017; DEL PRETTE et al., 2006; DEL PRETTE, 2011). Segundo os estudos, trata-se de um campo totalmente novo, que ainda se encontra em fase de construção no Brasil, e que teria surgido na Inglaterra, por volta da década de 1960. Em uma mesma obra de Zilda e Almir Del Prette, é possível se verificar, a exemplo, três definições que levariam a conceituações diferentes acerca da Competência Social: (1) desempenho social; (2) avaliação do comportamento; e (3) capacidade do indivíduo (COMODO; DIAS, 2017 DEL PRETTE et al, 2009), em todas elas a avaliação sobre o desempenho social é considerada.

Enquanto o termo habilidades sociais tem um sentido descritivo de identificar os componentes comportamentais, cognitivo-afetivo e fisiológicos que contribuem para um desempenho socialmente competente, o termo competência social apresenta um sentido avaliativo que se define pela coerência e funcionalidade do desempenho social [...] (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005, p. 33).

A referência acima ressalta a relevância do presente estudo, o qual, além de avaliar a coerência e a funcionalidade do desempenho social das crianças com TEA, descreve as habilidades presentes e emergentes do perfil de desenvolvimento e comportamento de cada criança, considerando a influência de fatores biológicos e socioambientais.

A Competência Social (CS) é fundamental para se ter êxito nas relações sociais e em outros aspectos de vida diária, por isso se trata de uma característica essencial do desenvolvimento. É considerada uma habilidade para se manter adequadamente relações interpessoais, podendo se desenvolver em qualquer fase da vida, e possui, como um recurso necessário para o desenvolvimento de processos iniciais de envolvimento social, a habilidade em iniciar e manter atenção compartilhada (MUNDY; SIGMAN, 2012; WHALON, et al., 2015).

É importante que a Competência Social seja incentivada precocemente, ainda em bebês, sobretudo naqueles que se encontram em situação de risco para o TEA. É admissível ainda que surja em determinados indivíduos de forma espontânea, como resposta às demandas do ambiente diversificado (CARVALHO, 2006). Trata-se,

portanto, de um grupo de ajustes sociais bem planejados e de difícil aquisição, notadamente para crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo o TEA. A competência social também é conceituada como uma característica "crítica" do desenvolvimento, especificamente nas fases que vão desde a primeira infância até a pré-adolescência. Essa característica torna-se ainda mais relevante quando se trata de crianças com desenvolvimento atípico, por causa dos *deficits* sociais que compõem os critérios diagnósticos do transtorno (USHER, et al., 2015).

Existem aspectos que distinguem Competência Social, habilidades sociais e desempenho social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). O desempenho e as habilidades podem ser definidas como condições para a Competência Social. O desempenho social estaria relacionado ao comportamento ou conjunto de comportamentos (bons ou ruins) manifestados pelo indivíduo nas relações interpessoais. E as habilidades seriam compreendidas como um repertório refinado de comportamentos sociais adquiridos em situações vividas pelo indivíduo.

Diferentes setores de organizações nacionais e internacionais, preocupados com os desafios da educação para o século XXI, incluindo governos, empresas, universidades e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), buscam formas de desenvolver uma educação pautada em dimensões cognitivas e socioemocionais (BRASIL, 2016). Assim como a Competência Social, as competências socioemocionais também estão orientadas para o desenvolvimento emocional e psicológico do ser humano. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) vem tentando implantar no currículo das escolas brasileiras as competências socioemocionais, as quais são conhecidas como inteligência emocional, habilidades interpessoais e/ou competências para o século XXI.

Enquanto a Competência Social parte das habilidades sociais necessárias para as relações sociais. As competências socioemocionais estão mais voltadas para o "sucesso" na vida social ou no mundo do trabalho, a partir de uma convivência mútua pautada em habilidades como criatividade, comunicação, pensamento crítico, respeito, atenção plena, ética, resiliência, etc. As competências socioemocionais se referenciam nos quatro pilares da educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver (BRASIL, 2016). Suas bases teóricas relacionam-se com os cinco domínios de aprendizagem conhecidos como *Big Five*, desenvolvidos por Ernest Tupes e Raymond Christal, em 1961, a saber:

I. *Openness ou* Abertura para a experiência (que envolve variáveis de atitudes, valores, interesses e curiosidades);

II. *Conscientiousness* ou Conscienciosidade (são variáveis de temperamento personalidade, autorregulação e controle);

III. *Extraversion* ou Extroversão (envolve variáveis de liderança e de sociabilidade, como trabalho em equipe);

IV. *Agreeableness* ou Agradabilidade (variáveis de cooperação, disciplina, tolerância e simpatia);

V. *Neuroticism* ou Neuroticismo ou instabilidade emocional (envolve variáveis de emoções positivas e negativas como entusiasmo e ansiedade) (ABED, 2016; SANTOS et al., 2018).

As habilidades sociais são fundamentais para o desenvolvimento da Competência Social. No entanto, não são suficientes para classificar um desenvolvimento como socialmente competente (COMODO; DIAS 2017; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Esse fator deve estar relacionado às competências socioemocionais. Destarte, não há um conceito unívoco ou universal para Competência Social, uma vez que os estudos são escassos e o conceito se encontra em evolução.

### **3.1 A relação da Competência Social com Teorias do Desenvolvimento e de Explicação para o TEA**

Para avaliar o desenvolvimento da Competência Social em crianças com TEA, é pertinente uma fundamentação teórica, que permita compreender o indivíduo em seu contexto biológico e social. As heranças genéticas, os laços sociais e a influência dessas experiências no comportamento presente e futuro.

As teorias de explicação para o TEA fundamentam-se em dois enfoques, a saber: o desenvolvimentista e o cognitivista, que defendem dois *deficits* primários para o transtorno, de acordo com a abordagem pretendida. O enfoque cognitivista inicialmente defendia a ideia de que o *deficit* primário para o transtorno estaria no módulo da linguagem, porém, atualmente afirma um *deficit* primário em um dos módulos da teoria da mente (ToM). Nesse sentido, pessoas com TEA não teriam compreensão dos próprios estados mentais, tampouco dos estados mentais das outras pessoas (LAMPREIA, 2004). Por outro lado, a abordagem desenvolvimentista transita por outras vias, voltadas para um desvio no desenvolvimento originado por

um ou diversos transtornos biológicos não esclarecidos e que afetam a afetividade e as habilidades sociais.

Algumas questões sobre afetividade e cognição foram descritas pelo viés da psicologia do desenvolvimento, por teóricos como Piaget, Vigotski e Wallon.

Afetividade e cognição compõem os quatro períodos do desenvolvimento propostos por Piaget – sensório-motor (0-2 anos), pré-operatório (2-7anos), operações concretas (7-11 anos) e operações formais (11 anos ou mais), por serem considerados elementos indissociáveis do desenvolvimento humano (PIAGET, 1995).

Vigotski trata as emoções como funções organizadoras do desenvolvimento e que definem as nossas reações. É por isso que as recordações que são envolvidas por fortes emoções são mais fortemente lembradas do que aquelas envolvidas em pouca ou nenhuma expressão de emoção (VIGOTSKI, 2007).

Wallon (2007) apresenta a afetividade como um dos aspectos centrais do desenvolvimento, uma vez que está relacionada à capacidade de nos deixarmos afetar, positiva ou negativamente, por certos eventos. Na teoria waloniana, os estágios do desenvolvimento não são obrigatoriamente contínuos, ou seja, a criança pode entrar em um estágio sem que tenha concluído outro. Para Wallon, a inteligência surge em razão da afetividade, iniciando com ela uma relação de conflito. E é por meio dessa relação que ocorre a maturação do sistema nervoso.

Bronfenbrenner também discutiu a importância da afetividade nos vários sistemas de sua abordagem bioecológica (microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema), bem como a necessidade de se estabelecerem relações afetivas, ao longo da vida (BRONFENBRENNER, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*) desenvolveu um documento, nomeado *Transtornos do espectro do autismo e outros transtornos do desenvolvimento: desde a conscientização até a capacitação* (Autism Spectrum Disorders & other developmental disorders: from raising awareness to building capacity), nele a OMS destaca a importância do desenvolvimento e fortalecimento de pesquisas sobre o TEA com foco no curso de vida (WHO, 2013).

Para Machado et al (2015), o DSM-5 foi estruturado em uma abordagem mais orientada ao desenvolvimento. Abarca inicialmente os transtornos geralmente identificados e diagnosticados na infância e descreve, logo após os Transtornos do Neurodesenvolvimento, os Transtornos Mentais, informando que se tratam basicamente de doenças crônicas iniciadas na juventude. De acordo com o autor, o

DSM-5 conceituou todos os distúrbios em uma perspectiva do curso de vida, o que estaria em consonância com a visão da Organização Mundial de Saúde (OMS). O curso de vida, nesse sentido, poderia ser uma proposta de estudo contínuo (longitudinal) para se traçar o percurso das habilidades sociais da criança com base em eventos que envolvem os princípios da teoria – caminhos sociais, coorte, trajetória, transições, ponto de virada e eventos de vida (ELDER, 1998).

### **3.2 Competência Social e a Relação com Pesquisas de Intervenção**

Apesar da compreensão dos *deficits* cognitivos e afetivos causados pelo transtorno, é possível que hábitos herdados nas avaliações do desempenho da criança em ambiente escolar interfiram nos resultados do desempenho acadêmico dessas crianças. Os estudos a seguir abordam a Competência Social no contexto educacional.

Um estudo de caso, realizado com uma criança com TEA, relacionou aspectos de concordância de diagnóstico, por meio do DSM-IV, com a avaliação dos *deficits* do transtorno, verificados por meio das escalas de avaliação CARS e PEP-R nas seguintes áreas: social, linguagem e imitação. O estudo objetivou o confronto de dados quantitativos dos três instrumentos com dados qualitativos do PEP-R. A questão de partida abalizou as probabilidades de os instrumentos não traçarem um perfil autêntico das habilidades da criança com TEA (LAMPREIA, 2003). Na análise qualitativa dos escores obtidos no PEP-R, o estudo questionou até que ponto os itens avaliados seriam capazes de compreender o repertório de comportamentos sociais, uma vez que esse tipo de avaliação é realizado em ambiente artificial e controlado por pesquisadores.

O estudo questionou ainda alguns processos da utilização do instrumento, no desenvolvimento de perfis incompletos da competência social. Para responder a tais questionamentos, levantou a proposição de que, em uma situação de testagem, a criança poderia responder negativamente a um estímulo, que em uma situação natural poderia responder positivamente. Nesse sentido, listou alguns fatores que poderiam contribuir para esse tipo de ocorrência: (1) O fato de a avaliação ser conduzida por um estranho; (2) Situações que delimitam o tempo de aplicação; (3) as manifestações típicas do transtorno, como uma possível hipersensibilidade, que poderiam comprometer os resultados da avaliação (LAMPREIA, 2003).

Outro estudo abordou o ambiente físico e as práticas escolares que incentivam as interações sociais entre pares e possibilitam a aquisição de competências sociais por crianças com TEA. Enfatizou a relevância dos momentos de intervalo que envolvem situações de pátio. E discutiu a importância do brincar como um recurso curricular capaz de desenvolver habilidades em interação social, comunicação verbal e não verbal (COUPER; SUTHERLAND; BYSTERVELDT, 2013). Os autores consideraram as várias situações que geralmente ocorrem durante os momentos de intervalo: correria e falatórios durante brincadeiras; alunos que ficam sentados ou a passear pelo pátio; e outras situações que proporcionam o “desenvolvimento de habilidades em cooperação e amizade”, como as interações para discussões de problemas e tarefas, além da socialização e colaboração no desenvolvimento de atividades. O grifo são competências-chave no currículo da Nova Zelândia, citadas pelos autores. Sobre atividades que podem ser valorizadas nas interações sociais entre pares, no momento de pátio, capazes de desenvolver a Competência Social na infância, o estudo destacou a pertinência de se investigarem jogos e brincadeiras desenvolvidas de forma espontânea, em ambiente natural e sem a interferência de adultos.

Compreende-se a necessidade de apreciação dos dois contextos (brincadeiras mediadas e espontâneas). Primeiro, porque um estudo já abordou o constrangimento causado por adultos, quando interferem em brincadeiras infantis, dificultando inclusive as interações espontâneas de crianças com TEA (ANDERSON, et al., 2004). Depois, porque as atividades habituais mais desenvolvidas por crianças com TEA, em diversos contextos, mais notadamente em ambiente familiar, envolvem o uso de celulares, tablets e computadores (COUPER; SUTHERLAND; BYSTERVELDT, 2013). Essas crianças estariam privadas de um lar, com interações mínimas e com pouquíssimas possibilidades de desenvolver habilidades de atenção compartilhada.

Estudo de revisão de literatura, realizado em Nova York, avaliou a importância da realização de intervenções que despertem habilidades sociais em contexto com pares. O objetivo do estudo foi analisar criticamente o impacto de pesquisas de intervenção acerca da aquisição de Competência Social em crianças com TEA (WHALON et al., 2015). Consideraram a importância das habilidades sociais na função geral do desenvolvimento e as interferências dos *deficits* causados pelo TEA na organização de um quadro sistemático para o desenvolvimento da

Competência Social. As apreciações mais comuns, realizadas pelos autores, foram: (1) a realização de pesquisas em ambiente controlado por pesquisadores; (2) abordagens que valorizam intervenções individuais voltadas para habilidades isoladas; (3) e as informações insuficientes sobre as interações eficazes de competência social, em contextos escolares.

A esse respeito, outro estudo levanta considerações similares, as quais já foram enfatizadas inicialmente no presente estudo, de que inclusão de crianças com deficiência no sistema regular de ensino é uma tarefa que reúne esforços e colaboração de governos e de todos os intervenientes do processo educativo. Dessa maneira, a orientação de atividades de lazer para crianças com TEA e suas famílias pode contribuir para que as crianças desenvolvam habilidades sociais, capazes de ampliar os benefícios para a juventude, ajudando-as no desenvolvimento da Competência Social (COUPER; SUTHERLAND; BYSTERVELDT, 2013).

No estado do Maranhão, particularmente no município de Santa Inês, a inclusão de crianças com TEA ainda é um desafio. Contudo, avanços significativos podem ser pontuados, como: (1) a conscientização dos pais a respeito da escolarização de crianças com TEA, sobretudo daquelas em idade pré-escolar; (2) o direito garantido por lei de frequentar a sala comum do ensino regular, possibilitando o convívio dessas crianças com pares; (3) e o direito de conviver com as diferenças. Outro avanço a destacar é o direito, garantido também por lei, ao cuidador escolar na sala comum do ensino regular.

Corroborar-se com a conceituação da Competência Social como uma característica essencial do desenvolvimento. Logo, conclui-se, na presente seção, que transformações críticas, proporcionadas por contextos desafiadores, podem refletir positiva ou negativamente na Competência Social. Os reflexos dependerão dos recursos sociais adquiridos pela criança durante a fase inicial do desenvolvimento. As transformações críticas podem servir de marco para avaliação do desenvolvimento e para o planejamento de intervenções voltadas para o desenvolvimento ou promoção da Competência Social.

## 4 METODOLOGIA

A pesquisa se configura como de intervenção com foco colaborativo. Esse tipo de estudo é compreendido como uma atividade cultural, na qual as relações pessoais e interpessoais entre pesquisadores e agentes sociais se entrecruzam para a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes (IBIAPINA et al., 2016). Nessa seção, aborda-se o percurso metodológico do presente estudo, o tipo de pesquisa, o método de abordagem, o local, os participantes e os critérios de inclusão e exclusão para participação. Apresentam-se os instrumentos de coleta de dados, o processo e os procedimentos utilizados, assim como a forma de análise dos dados e os aspectos éticos que envolveram a pesquisa.

### 4.1 O Tipo da Pesquisa e o Método de Abordagem

Quando se fala em pesquisa de intervenção, é comum relacioná-la à pesquisa participante e à pesquisa-ação, isso porque ambas as pesquisas possuem a mesma origem na psicologia social de Kurt Lewin (HAGUETTE, 1987). Para Thiollent (2011), toda pesquisa-ação é por essência uma pesquisa participativa, mas nem toda pesquisa participativa pode ser caracterizada como pesquisa-ação. Segundo o autor, os propósitos da pesquisa-ação fundamentam-se no agir, enquanto que os propósitos da pesquisa participante se fundamentam na obtenção de informações, bem como nas condições em que estas informações serão obtidas. Para Egg (1990), a “ação” indica o modo de intervenção, em que o objetivo da pesquisa se volta para a ação como fonte de conhecimento, enquanto que, na “participação”, o modo de intervenção volta-se para a participação como compreensão do objeto de estudo. Nela os pesquisadores não se constituem como objetos da pesquisa, mas como destinatários do projeto. Sujeitos ativos que contribuem para o conhecimento e para a transformação da realidade da qual fazem parte.

A investigação-ação com foco colaborativo permite que o investigador intervenha em um problema social. Desenvolve uma abordagem de Pesquisa Crítica e qualitativa, na qual o objetivo-mor não é apenas a participação ou cooperação. Nesse tipo de investigação, pesquisadores e participantes tornam-se o eixo de nucleação dos significados e percepções, a partir do objeto de estudo (IBIAPINA et al., 2016; GAVA; ROCHA; GARCIA, 2018). Esse tipo de investigação tanto permite aprimorar a prática quanto possibilita a construção de novos saberes.

No que se refere ao desenvolvimento de metodologias de ensino voltadas para a educação de crianças com Transtorno do Espectro Autista, Cunha (2017, p. 52) enfatiza a importância da pesquisa-ação, afirmando que “[...] não se constroem os movimentos de aprendizagem somente com a qualidade das nossas ideias, mas principalmente com o valor das nossas ações [...] educadores que não se acomodem, mas investiguem, pesquisem e se lancem a desafios”.

## **4.2 Lócus do Estudo**

O estudo foi realizado na Pré-Escola Mãe Preta, situada na Rua Azulão, s/n, Parque Santa Cruz, no município de Santa Inês, no estado do Maranhão. O município de Santa Inês possui cerca de 80 mil habitantes. É um dos 217 municípios que compõem o estado do Maranhão. Localizado a 247 km da capital, São Luís. Foi fundado em 1884 por senhores de escravos. E emancipado pela Lei Estadual nº 2.723, de 19 de dezembro de 1966, que o desmembrou do município de Pindaré-Mirim (IBGE, 2017). O distrito sede foi fundado em 14 de março de 1967, dia em que se comemora o aniversário da cidade.

Antes de ser nomeada “Santa Inês”, devido aos votos de uma devota com dificuldades no parto, a cidade foi conhecida pelos nomes: Aldeia dos Pretos; Ponta Linha e Conceição. O nome mais conhecido foi Ponta da Linha, que é citada no Hino da cidade. O nome deu-se devido ao cultivo de cana-de-açúcar, principal economia da região naquele período. A produção era transportada pela ferrovia, que iniciava em Pindaré-Mirim e terminava em Santa Inês. Após o percurso, era exportada pelo Rio Pindaré.

No Brasil, a proporção de crianças entre 4 e 5 anos de idade matriculadas na pré-escola é de 91,7%, segundo dados do SIS. O Nordeste atingiu os maiores percentuais de escolarização de crianças pré-escolares (94,9%), seguido da Região Sudeste (93,0%), Região Sul (88,9%), Região Centro-Oeste (86,9) e Região Norte (85,0%) (IBGE, 2018). No entanto, no município de Santa Inês, o número de crianças matriculadas na pré-escola, de acordo com o censo de 2010, foi de 3.343, enquanto que no SIS esse número caiu para 2.793, no ano de 2017.

O censo não divulga o número de crianças com deficiência matriculadas na pré-escola, uma vez que o IBGE (2010) não considera pessoas com “autismo, neurose, esquizofrenia e psicose” como pessoas com deficiência mental/intelectual para fins de lavantamento do censo. No entanto, deve-se lembrar que a principal

característica que diferencia historicamente o autismo e as psicoses infantis é o fato de que o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta em bebês, ainda que o diagnóstico seja realizado tardiamente, enquanto que a psicose, como sugere o nome, é uma psicopatia, ou seja, uma doença mental que se manifesta, especialmente, a partir do segundo ano de vida (MELEVAL, 2015).

Para realizar a pesquisa de intervenção na Pré-Escola Mãe Preta, foi solicitada autorização junto à Secretaria Municipal de Educação do Município (SEMED), a qual responde pela educação de estudantes da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental. No momento da pesquisa, a Pré-Escola Mãe Preta possuía 22 salas de aulas, das quais 14 funcionam no turno matutino e 13 no turno vespertino, 1 diretoria, 1 sala de vídeo que funciona também como sala de leitura, cozinha, despensa, banheiro infantil masculino e feminino, banheiro para os professores, pátio coberto, área arborizada e sala para os professores. Possui ainda 56 funcionários, distribuídos nas seguintes funções: diretora geral, supervisora, secretária, vigias, auxiliares de serviços gerais, cozinheira, professores e cuidadores de criança com TEA.

A escola foi escolhida por possuir alunos com TEA devidamente matriculados nos dois turnos de funcionamento das aulas, matutino e vespertino. Após essa breve caracterização do *lócus* da pesquisa, justifica-se a realização do estudo pela constatação de que pesquisas que investigam práticas pedagógicas da Competência Social em crianças com TEA ainda são escassas na literatura brasileira (CAMARGO; BOSA, 2012; TOGASHI; WALTER 2016) e inexistentes no contexto local.

### **4.3 Participantes do Estudo**

Participaram do estudo 2 crianças do sexo masculino com diagnóstico de TEA e idade entre 5 e 6 anos, suas mães, 2 professoras e 2 cuidadores/tutores educacionais, um do sexo masculino e outro do sexo feminino. A escolha dos participantes da pesquisa deu-se inicialmente pela opção de crianças que estudassem no mesmo turno, para facilitar a avaliação do desenvolvimento e realização da pesquisa. Primeiramente, foram selecionadas 3 crianças do turno vespertino. Todavia, algumas dificuldades para avaliação de uma das crianças por motivos de saúde da mãe, em determinado período da pesquisa, acabaram por impossibilitar a sua participação no estudo.

## 4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão dos Participantes no Estudo

### 4.4.1 Critérios de Inclusão

#### a) Criança com TEA

- Possuir diagnósticos de TEA;
- Estar matriculada na educação infantil;
- Apresentar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais (TCLE), em caso de incapacidade.

#### b) Pais de crianças com TEA

- Aceitar participar da pesquisa, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### c) Professores e cuidadores da sala comum

- Ter alunos com TEA;
- Apresentar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

### 4.4.2 Critérios de exclusão

#### a) Criança com TEA

- Apresentar outras deficiências associadas ao TEA.
- Negar-se a participar do estudo.

#### b) Pais de crianças com TEA

- Apresentarem problemas de saúde que os impossibilitem de participar da pesquisa.
- Negar-se a participar do estudo.

#### c) Professores e cuidadores da sala comum

- Não aceitar colaborar com a pesquisa.
- Negar-se a participar do estudo.

#### 4.5 Instrumentos utilizados

A Coleta de dados foi iniciada no segundo semestre de 2018, após a aprovação na etapa de Qualificação de Dissertação. A Entrevista de dados sociodemográficos e de desenvolvimento da criança com TEA, direcionada às mães, foi realizada nos dias 8 e 9 de novembro de 2018, para levantamento de informações sobre o nascimento, crescimento, alimentação e desenvolvimento, além de informações relacionadas às interações sociais, sobretudo da relação mãe/criança. A entrevista semiestruturada se deu de forma flexível, sem se desvencilhar do roteiro previamente estabelecido. Essa padronização permitiu aferir as diferenças entre as respostas obtidas para a mesmas perguntas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os questionamentos básicos foram embasados em teorias e hipóteses pertencentes ao campo de interesse da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987). A entrevista foi construída pela autora, com base em informações do “Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDIPI AIDIPI” (OPAS 2005) e da Caderneta de Saúde da Criança – Menino (BRASIL, 2017). As informações obtidas durante a entrevista permitiram traçar o percurso das habilidades sociais da criança no ambiente familiar e analisar suas influências no contexto escolar.

Em seguida, foi realizada a “**observação livre**” (TRIVINÕS, 1987), uma vez que aliar a entrevista semiestruturada à técnica de observação livre é uma ação adequada para pesquisa qualitativa, sobretudo daquelas que buscam compreender não apenas os significados dos fenômenos, mas o sujeito como ser social e cultural. Triviniños considera a entrevista semiestruturada, a observação livre e o método de análise de conteúdo os instrumentos mais decisivos para estudar os processos e produtos nos quais o pesquisador qualitativo está interessado.

A observação livre é feita a partir de dois princípios lógicos: (1) anotações de campo de natureza descritiva (comportamentos, ações e atitudes, descrição do sujeito, do meio físico, das tarefas e diálogos em que o objeto observado está envolvido), tal como se revela ao observador; (2) Anotações de campo de natureza reflexiva (o registro das reflexões acerca de cada comportamento, fato ou atitude) podem aguçar futuras indagações e trazer respostas para as que foram levantadas com o estudo (TRIVINÕS, 1987). A descrição da observação livre do presente estudo encontra-se na seção seguinte.

O terceiro instrumento de coleta de dados utilizado foi **Perfil Psicoeducacional Revisado** – PEP-R (*Psychoeducational Profile Revised- PPR*). Esse instrumento foi desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill, pelo Dr. Eric Schopler e sua equipe (SCHOPLER et al., 1990), com objetivo de criar um instrumento capaz de identificar padrões irregulares de aprendizagem em crianças com TEA e com transtornos correlatos da comunicação. Com base no PEP-R, foi criado um programa pedagógico estruturado conhecido como Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Transtornos Correlatos da Comunicação” (*Treatment and Education of Children with Autistic Disabilities and Related Communication – TEACCH*).

Segundo o manual do instrumento, o teste deve ser aplicado preferencialmente em crianças no nível ou abaixo da idade pré-escolar, uma vez que a amplitude cronológica é de 6 meses a 7 anos. O manual sugere que até os 12 anos o teste pode fornecer informações úteis para algumas habilidades do desenvolvimento que se encontram abaixo do nível esperado para a idade cronológica. Após esse período, recomenda-se então a aplicação de um perfil apropriado para adultos e adolescentes (SCHOPLER et al., 1990).

O PEP-R é usualmente utilizado para avaliação das escalas de desenvolvimento e comportamento das crianças com TEA, por se tratar de um inventário de comportamentos e competências. Portanto, adequado para o desenvolvimento do presente estudo. A terceira versão do PEP-R (PEP-3) não foi utilizada, devido a três principais motivos: (1) elevado custo do instrumento; (2) dificuldades de treinamento no instrumento na realidade local; e (3) pelo fato de o novo instrumento ainda não ter sido validado no Brasil.

**Figura 1** – Materiais do PEP-R



Fonte: arquivos da autora, 2019

Os itens que compõem o Kit PEP-R incluem uma série de brinquedos e materiais pedagógicos, entre os quais se destacam os seguintes: caixa ou cesta de “pronto”; pote com tampa e rosca para fazer bolinha de sabão; blocos táteis; caleidoscópio, campainha, massa de modelar, marionetes de gato e cachorro; quadros de formas geométricas; quadro de objetos para encaixe (guarda-chuva, pintinho, borboleta e pêra); quadro de formas por tamanho; quebra-cabeças (gato e vaca); discos coloridos e blocos para parear; castanhola; bola de borracha; skate, toalha pequena, espelho, apito; livro de escrita, livro de linguagem, sino de mão, boneco de feltro, entre outros.

Esses materiais foram apresentados para as duas crianças em forma de jogos e brincadeiras estruturadas, como orienta o manual. As respostas das crianças avaliadas durante a aplicação do teste foram registradas em duas fichas/protocolos: uma para as quatro áreas de comportamento e a outra para sete áreas de desenvolvimento. Os dados obtidos foram tratados por meio das tabelas de escores do PEP-R e transferidos para as suas respectivas escalas.

#### **4.6 O Processo e os procedimentos**

O estudo procedeu a diferentes etapas de execução. Primeiramente, foi realizado um **levantamento teórico** com base no objeto de estudo. Depois, foi desenvolvido um plano-piloto, em uma escola filantrópica de São Luís/MA. Os participantes foram uma criança do sexo masculino com diagnóstico de TEA e sua mãe. A preferência por essa escola deu-se por possuir uma criança com diagnóstico de TEA devidamente matriculada e com idade adequada para aplicação do teste.

Por meio do plano-piloto, foi realizado um pré-teste com o roteiro da entrevista de dados sociodemográficos. Em seguida, levantou-se o repertório de habilidades sociais da criança através do PEP-R. O plano-piloto foi fundamental para a reestruturação da entrevista de dados sociodemográficos e inserção da observação livre como instrumento de coleta de dados. No roteiro da entrevista sociodemográfica, foram incluídas questões para levantamento de dados sobre o nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, bem como dados familiares e questões alimentares. A avaliação por meio do PEP-R no pré-teste foi realizada em contraturno, em sala climatizada, com iluminação adequada e sem muitos estímulos. Foi utilizada uma câmera para gravar o teste, que durou pouco mais de 90 minutos.

Destaca-se que abordar a Competência Social foi um divisor de águas, um grande desafio em cada etapa do estudo. Pois, ao passo que havia aprofundamento nas leituras sobre a temática, percebia-se a relação entre o assunto e as atitudes da sociedade acerca da compreensão dos *deficits* causados pelo transtorno, sendo esse um motivo de a pesquisa ter apresentado relevância não somente social, mas também científica. Portanto, se pessoas sem o transtorno apresentam dificuldades nas relações interpessoais e habilidades socioemocionais, é compreensível que crianças com distúrbios tenham suas habilidades sociais prejudicadas, o que contribui para serem vistas sempre como menos competentes, ao passo que não compreendemos ou sabemos lidar com suas emoções.

Encontraremos, assim, semelhanças entre os conceitos de Teoria da mente e empatia. A primeira se refere à capacidade de compreensão das ações dos outros e das próprias ações, que nos possibilita prever e julgar as emoções, conhecimentos, desejos e sentimentos, nossos e dos outros (BARON-COHEN, 2000), ao passo que a empatia se refere a uma capacidade psicológica de sentir o que o outro sente, de se colocar no lugar do outro ou viver indiretamente uma emoção vivida por outrem (EISENBERG; MILLER, 1987). De acordo com as conceituações, é possível questionar se, para a criança com TEA, há ausência de uma Teoria da mente (como os cognitivistas defendem). Se falta à sociedade empatia para lidar com as emoções e comportamentos típicos do transtorno que essa criança conflita diariamente, ou as duas coisas.

A etapa do levantamento teórico contribuiu para a **decisão do público-alvo**, uma vez que é na idade pré-escolar que as suspeitas e diagnóstico para o transtorno são efetivados. Decidido o público-alvo, partiu-se para a **seleção da escola**. Optou-se por aquela que apresentava maior número de crianças com TEA matriculadas, sendo duas crianças no turno matutino e três no turno vespertino. A preferência pela realização da pesquisa no **turno vespertino** deu-se pelo fato de ter mais crianças matriculadas e também porque, geralmente, é o turno em que essas crianças possuem mais rendimento escolar. Como a maioria das crianças com TEA fazem intervenção medicamentosa, permanecem mais sonolentas e indispostas nas primeiras horas do dia. Por outro lado, o horário mais agradável para realização do estudo seria o matutino, quando a temperatura ambiente é mais baixa. A temperatura registrada no município de Santa Inês durante o período em que o estudo foi realizado era de aproximadamente 23° no período da manhã e 35° no período da tarde. Isso

pode contribuir para a fadiga, tanto dos professores quanto dos alunos. Ressaltamos que a escola não possuía salas refrigeradas até a realização do presente estudo.

Após esse delineamento, foi marcada junto à direção da escola uma **reunião com as mães, professoras e cuidadores das crianças com TEA** para explicação dos objetivos e processos da pesquisa, **assim como da assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido**. O passo seguinte seria traçar o percurso de vida dessas crianças, buscando a compreensão não somente dos *deficits* nas habilidades sociais, comuns no transtorno, mas da influência de fatores ambientais nas emoções e comportamento das duas crianças. Essa segunda etapa foi concluída por meio da **entrevista de dados sociodemográficos e de desenvolvimento infantil realizada com as mães**. Nessa etapa, três mães foram entrevistadas, uma vez que as dificuldades que levaram ao afastamento de uma das crianças (a única do sexo feminino) da pesquisa ainda não haviam se manifestado.

As mães foram entrevistadas separadamente. A entrevista foi realizada em dois dias, na mesma escola e no mesmo turno em que as crianças frequentavam a sala comum do ensino regular. Iniciou-se logo após as mães deixarem as crianças em suas respectivas salas de aula. Cada entrevista durou cerca de uma hora e meia. Registramos alguns desconfortos nessa etapa – como barulho intenso e calor. Sobre o primeiro, é compreensível por se tratar de uma creche, e creches são constituídas majoritariamente por crianças. Quanto ao segundo, refere-se às condições climáticas locais.

A sala foi organizada com uma mesa e duas cadeiras, uma para a mãe e a outra para a entrevistadora. Uma câmera foi posicionada, de forma a preservar a identidade das entrevistadas. Um celular também foi posicionado para substituir a câmera, caso essa apresentasse alguma falha. Nesse sentido, as imagens do celular foram mais utilizadas na realização da entrevista e nas reanálises de vídeo para interpretação de dados, devido à qualidade do áudio. As informações levantadas nessa etapa foram registradas no relatório de desenvolvimento das crianças.

A observação livre, a qual nos possibilitou avaliar alguns aspectos acerca do desenvolvimento da Competência Social dentro e fora da sala de aula, além de ter contribuído para consideração de alguns itens do PEP-R, também foi registrada no relatório das crianças, e foi concluída ao término do ano letivo de 2018. Em seguida, foi realizada uma reunião com pais, professores e cuidadores, para a **comunicação dos dados preliminares** levantados com a observação livre e a entrevista. A

comunicação foi feita por meio do relatório de desenvolvimento de cada criança, contendo as informações levantadas com os dois instrumentos de coleta de dados. Durante a reunião, foram explicados também os procedimentos da próxima etapa.

Concluída a comunicação dos dados, foi realizada a avaliação das crianças por meio do **Perfil Psicoeducacional Revisado**. A criança que residia mais próximo à escola foi avaliada no turno matutino, a partir das nove horas da manhã. Normalmente, esse seria o horário de despertar da criança devido à realização de intervenção medicamentosa. A segunda criança foi avaliada no turno vespertino, logo após o horário do intervalo, para que tivesse o mínimo de perda das atividades realizadas na sala comum. O teste foi aplicado por avaliadora experiente e revisado por meio de análise de vídeo, sempre que necessário, para análise e interpretação dos dados.

A **construção do relatório final** de desenvolvimento das crianças exigiu um tempo maior para elaboração. Cada relatório foi composto por um pouco mais de 20 laudas e foram construídos e utilizados durante toda a aplicação da intervenção. Um dos propósitos da comunicação dos dados por meio dos relatórios era assegurar com os pais, professoras e cuidadores escolares a veracidade e autenticidade das informações. Os pais poderiam, inclusive, discordar das informações e vetar a publicação, se assim o desejassem. Os professores também poderiam concordar ou discordar das informações levantadas e registradas durante esse percurso. Vale ressaltar que a tecnologia móvel contribuiu para a pesquisa, no sentido de que um grupo de WhatsApp foi criado para que fosse possível socializar as informações, tirar dúvidas, marcar os dias e horários dos encontros de trabalho. Outras informações eram tratadas no WhatsApp pessoal, ou PV, como é comumente conhecido.

Os **encontros de trabalho** foram voltados para construção de recursos e estratégias para incentivo de habilidades sociais. A intenção era que fosse possível contruí-los colaborativamente para serem utilizados em sala de aula e em ambiente familiar, para promoção e/ou desenvolvimento da Competência Social. Os encontros foram organizados por meio de: (1) dinâmicas iniciais; (2) socialização do primeiro capítulo da dissertação; (3) atividades escritas; (4) apreciação dos relatórios de desenvolvimento das duas crianças; (5) construção de recursos; (6) socialização de recursos; e (7) resultados. Foram realizados sete encontros de trabalhos. Somando-se a uma reunião inicial para assinatura dos termos e a primeira reunião para comunicação dos dados resultados preliminares e um encontro realizado após a

defesa da dissertação para devolutiva da conclusão do estudo nas duas escolas, totalizaram-se assim nove encontros.

No encontro de socialização, foi possível verificar as atitudes e comportamentos das crianças frente aos recursos organizados e procedimento utilizado pelo grupo, assim como os avanços relacionados ao desenvolvimento de Competência Social. Inicialmente, a participação das crianças não estava incluída no planejamento, porém devido ao fato de as mães não terem alguém que cuidasse das crianças durante o período em que permaneciam nos encontros de trabalho, foi permitida a participação dos meninos.

Era necessário obter maior atenção das mães, professoras e cuidadores escolares durante os encontros de trabalho, para que, em um outro momento, pudessemos colocar em prática o que havíamos apreendido com o estudo. Porém, não contávamos que, mesmo com as interrupções e intercorrências já previstas em razão das necessidades de comportamento comuns em crianças com TEA, esse momento seria mais significativo com a presença das crianças. É possível fazer a apreciação dessa última etapa da intervenção nas páginas que compõem **o produto final do estudo**.

#### **4.7 Tratamento, Análises e Interpretação dos dados**

Os dados obtidos por meio das pontuações das duas fichas/protocolo foram tratados por meio das tabelas 5 e 6<sup>9</sup> do manual do instrumento e transferidos para as escalas-gráfico do PEP-R.

A tabela 5 indica a idade de desenvolvimento da criança para cada área dessa escala. A partir da soma dos valores obtidos em cada área, a idade de desenvolvimento da criança é calculada na tabela 6. Depois do tratamento dos dados, iniciou-se a fase de construção do perfil de desenvolvimento da criança com TEA, estabelecendo um esquema de comunicação dos dados – relatório individual.

Após o tratamento dos dados, optou-se pelas abordagens quantitativa e qualitativa, assim como pela análise de conteúdo para apresentação e análises no presente estudo.

---

<sup>9</sup> Anexos C, D e E deste documento.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, da Universidade Federal do Maranhão. O número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 87017918.4.0000.5087. O estudo recebeu ainda incentivos da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, para subsidiar despesas necessárias à execução do Projeto, que foram distribuídas em uma planilha que contabiliza os materiais de consumo, bibliográfico, despesas com passagens e outros materiais.

O PEP-R material necessário para avaliação das habilidades das crianças não foi incluído nas despesas, todavia foi adquirido com recursos próprios. A partir de então, retomamos a impessoalidade. Na seção seguinte, apresenta-se a avaliação do desenvolvimento das crianças, descrevendo os três processos de levantamento de dados utilizados para esse fim. Os dados foram sintetizados e apresentados separadamente das análises. As análises foram realizadas ao final de cada síntese. Em determinados trechos, elas se consubstanciam.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo de investigar a Competência Social a partir da avaliação do desenvolvimento, o estudo levantou uma série de dados que incluíram aspectos do curso de desenvolvimento, desde o nascimento à aplicação da intervenção em ambiente escolar. O Perfil de desenvolvimento foi obtido com base nos três instrumentos de coleta de dados: entrevista de dados sociodemográficos, observação livre e avaliação do Perfil de Desenvolvimento por meio do PEP-R.

### 5.1 Apresentação dos Dados da Entrevista Sociodemográfica

Apresenta-se um resumo dos dados coletados na Pré-Escola Mãe Preta durante a entrevista sociodemográfica, realizada no turno vespertino, nos dias **8 e 9 de novembro** de 2018. A entrevista semiestruturada durou cerca de uma hora e meia. O tempo foi diferente para cada mãe, fato decorrente do envolvimento entre entrevistadora e entrevistadas e da recordação das mães acerca dos fatos questionados. Foi dividida em: (a) dados sobre o nascimento e diagnóstico; (b) dados familiares; (c) dados sobre o desenvolvimento; (d) dados sobre as interações sociais; (e) dados sobre as preferências da criança. Apresentam-se a seguir os dados da aplicação desse instrumento.

#### a) Dados sobre o nascimento e diagnóstico

**Criança1:** sexo masculino, cor/raça negra. Nasceu de parto cesariana, em 5 de setembro de 2012. Os pais tinham entre 28 e 30 anos de idade na data do nascimento. A mãe relatou hipotensão como um evento em trabalho de parto. Não houve prematuridade, baixo peso ou necessidade de UTI. O laudo com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista foi emitido pelo neuropsiquiatra, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID) F84.0<sup>10</sup>, em 15 de abril de 2016.

**Criança2:** sexo masculino, cor/raça branca, nasceu de parto cesariana em treze de setembro de 2013. Os pais tinham entre 34 e 40 anos no momento do nascimento. A mãe relatou acretismo placentário (quando a placenta se fixa profundamente na parede do útero) como intercorrência no parto. Os riscos para o

---

<sup>10</sup> CID 10 – F84.0 – Autismo Infantil

bebê nesse tipo de ocorrência são de um parto prematuro. No entanto, no caso da Criança2, não houve prematuridade, baixo peso ou necessidade de UTI. O laudo com **diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista** foi emitido por neuropediatra, por meio dos seguintes códigos descritos na CID-10: F84<sup>11</sup>+F72<sup>12</sup>+F81<sup>13</sup>. O documento data de treze de maio de 2017, com descrições associadas a *deficit* cognitivo e agitação. As observações destacavam dificuldades de socialização e atraso na linguagem (ecolalia), estereotípias motoras, alterações nas funções motoras e comportamentos disruptivos.

b) Dados familiares

**Criança1:** Até o momento da entrevista, a criança residia com os pais e um irmão. A mãe tinha ensino médio completo e o pai, ensino médio incompleto. A Renda mensal da família variava entre 0 e 1 salário mínimo. Essa renda era extraída do bar mantido pelos pais. A criança não recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), destinado à pessoa com deficiência nascida no Brasil. Foi relatado que esse processo se encontrava em situação de análise até o momento da entrevista.

**Criança2:** residia com a mãe e o pai até o momento da entrevista. A escolaridade dos dois referia-se ao ensino médio completo naquele momento. A Renda mensal da família variava entre 1 e 3 salários mínimos, incluindo a renda salarial do pai e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), recebido pela criança.

c) Dados sobre o desenvolvimento

O quadro a seguir possibilita uma melhor compreensão dos dados obtidos com a aplicação da entrevista de dados sociodemográficos, sobre o desenvolvimento das crianças.

---

<sup>11</sup> CID 10 – F84 – Transtornos Globais do Desenvolvimento

<sup>12</sup> CID 10 – F72 – Retardo Mental Grave

<sup>13</sup> CID 10 – F81 – Transtornos Específicos do desenvolvimento das Habilidades escolares

**Quadro 2** Descrição do desenvolvimento da criança: dados da entrevista sociodemográfica.

Criança 1	Criança 2
<p><b>Dos quatro aos seis meses</b>, os pais observaram falhas em respostas sensoriais: a criança não se assustava com barulhos, não se voltava à direção do som e se irritava com barulhos excessivos.</p> <p><b>Aos nove meses</b>, manifestou falhas na comunicação verbal. A mãe relatou que a criança nunca balbuciou sons e palavras como “ma-ma, mama, pa-pa, papa, ba-ba, baba) e nunca se divertiu ao dar tchau nesse período. Entre <b>o primeiro e o terceiro ano de vida</b>, não trazia brinquedos para mostrar, não manifestava brincar simbólico (faz de conta), não respondia ao chamado (surdez aparente), apresentava <i>deficits</i> na área da imitação e linguagem e desinteresse por pares (outras crianças).</p> <p><b>Com seis anos e cinco meses</b>, apresentava fala ecológica, ausência de atenção compartilhada, estereotípias motoras, <i>deficits</i> na linguagem funcional e na socialização.</p>	<p><b>Do nascimento aos seis meses de vida</b>, manifestou os primeiros sinais de desenvolvimento atípico: não olhava para o rosto das pessoas (somente aos 3 anos); não se atentava para sons (somente aos 3 anos); não respondia a sorrisos com sorriso (somente aos 6 meses); não se voltava para direção de barulhos (somente aos 2 anos) e se irritava com barulhos excessivos.</p> <p><b>Com um ano de vida</b>, apresentou regressão de linguagem, retomando-a por volta dos 3 anos. Os sinais do transtorno ficaram mais evidentes entre <b>o primeiro e o segundo ano de vida</b>, quando a criança não manifestou brincar simbólico, iniciativa de imitação, comunicação com o olhar, e apresentou ausência de resposta ao chamado e desinteresse por pares. Aparentava estar desconecta da realidade.</p> <p><b>Com cinco anos e cinco meses</b>, apresentava em grau moderado: aversão ao contato físico; tendência ao isolamento; interesses circunscritos e andar na ponta dos pés.</p>

Fonte: Construído pela autora, com base em informações do Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDIPI (OPAS 2005) e da Caderneta de Saúde da Criança – Menino (BRASIL, 2017).

#### d) Dados sobre interações sociais

**Criança1:** foram relatadas barreiras na comunicação, sobretudo na relação mãe/criança. Para se comunicar com a criança no ambiente familiar, a mãe geralmente apontava para alguns objetos até obter resposta satisfatória, devido às falhas na comunicação verbal. A mãe ficava irritada quando não compreendia a criança, que, por sua vez, ficava irritada por não se fazer compreender.

A mãe costumava brincar com a criança, sempre percebendo as falhas no brincar funcional e jogo simbólico. Vez ou outra, conseguia fazer com que a criança compartilhasse algum objeto/evento.

Os pais costumavam proporcionar à criança experiências em outros ambientes, como parques e praças, e eram ativos nos movimentos sociais, acerca do autismo, realizados na cidade em que residiam até o momento da entrevista. As interações sociais da criança, em casa, na escola e outros ambientes, foram classificadas como excelente, boa e regular, respectivamente.

**Criança2:** havia uma boa interação e comunicação devido à fala compreensível e *deficits* aparentemente moderados na interação social e na comunicação verbal e não verbal. A mãe relatou que brincava com a criança, orientava na realização das tarefas escolares, incentiva-a a interagir com objetos e pessoas e a levava a atividades em parques, praças e outros locais. A mãe classificou as interações sociais da criança, em casa, na escola e outros ambientes, como boas. Porém, destacou a falta de compreensão e informação das pessoas sobre comportamentos autísticos e o preconceito frente a tais comportamentos.

e) Dados sobre as preferências da criança

Sobre essa questão, as mães foram solicitadas a citar cinco coisas que as crianças gostavam e 5 coisas de que elas não gostavam, a partir de alguns exemplos como: programa infantil; brinquedos; brincadeiras; roupas; animais, etc.

**Criança1:** Até o momento da entrevista, o menino tinha preferência por roupas com letras, propagandas de TV, desenhos animados (Bob Esponja, Show da Luna, Dora Aventureira) e por assistir clips musicais na internet. Não gostava de calçar sapatos, escovar os dentes, tomar banho e ser contrariado.

**Criança2:** Até o momento da entrevista, o menino tinha preferência por animais (gato e cachorro), brinquedos (dinossauros), super-heróis, blocos de encaixe, massa de modelar, doce, desenhos animados (Pepa Pig, Dock, Show da Luna, Super Wings).

### 5.1.1 Análise dos dados da entrevista

O primeiro tópico da entrevista foi composto por dados de identificação como: nome das crianças e dos pais; endereço; telefone e e-mail dos responsáveis. Esses dados foram mantidos em sigilo para preservar a identidade das crianças e de suas famílias.

O segundo tópico consistia no levantamento de dados sobre o Nascimento da criança. Esses dados permitiram verificar que a idade dos pais não foi considerada um fator de risco para TEA, no caso da Criança1, uma vez que a idade de risco para o transtorno é igual ou superior a 35 anos, considerando o momento da concepção. Essa é a idade defendida por algumas teorias acerca do aumento de mutações em gametas de pais e mães, a partir dessa idade (HADJKACEM et al., 2016).

No caso da Criança2, a idade da mãe estava próxima à idade-limite, enquanto o pai encontrava-se dentro do grupo de risco. Foram relatadas intercorrências no parto para os dois casos, além do parto cesariana relatado por ambas as mães. Não foi relatado sofrimento fetal por hipóxia cerebral (baixo teor de oxigênio) ou anóxia (ausência de oxigênio), prematuridade ou necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para as duas crianças, no momento do nascimento.

No estudo de Hadjkacem<sup>14</sup> (et al., 2016), a idade avançada dos pais no momento da concepção foi mais alta no grupo de crianças com TEA do que no grupo de controle (os próprios irmãos). Para as mães, essa faixa foi de 24% e 19,6% para os dois grupos, respectivamente. Para os pais, foi de 66% e 49,1% respectivamente. A consaguinidade foi de 28%, sendo maior no parentesco de terceiro grau (43%).

A quantidade de crianças do sexo masculino envolvidas no presente estudo corrobora com a incidência maior para os meninos, como apresentado no referencial teórico (BAIO et al., 2018; PIERCE et al., 2019), uma vez que, na pré-escola em que o estudo foi desenvolvido, havia matriculados no turno vespertino 2 meninos e 1 menina com TEA, sendo que, na menina, os *deficits* na comunicação e interação social eram muito mais acentuados do que nos casos das crianças 1 e 2. Contudo, a gravidade para o transtorno na menina não se constituiu motivo para o seu afastamento do estudo.

O laudo com diagnóstico do transtorno possibilitou a compreensão de alguns avanços com relação à avaliação da Competência Social, uma vez que, no momento da entrevista, quando questionada sobre as divergências entre o que constava no laudo e o que mostrava o desenvolvimento atual da criança, a mãe respondeu “ele era assim mesmo”. Nesse sentido, o estudo alerta para a necessidade de um novo laudo para aquelas crianças diagnosticadas dentro da categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, como orienta o DSM-5 (APA, 2014).

A teoria psicogenética de Wallon (2007) pode trazer algumas contribuições para vários aspectos do desenvolvimento e compreensão do perfil de Competência Social apresentado pelas crianças do estudo. Para tanto, é necessário avaliar aspectos do contexto social, familiar e cultural.

---

<sup>14</sup> Esse estudo já foi descrito na segunda seção do presente estudo.

Para compreensão do desenvolvimento da Competência Social, o estudo referencia-se em dois domínios funcionais abrangentes da teoria de Wallon – o ato motor e a afetividade. E é exatamente nesses dois domínios que as manifestações como emoções, sentimentos e paixões, aliadas às manifestações orgânicas, irão influenciar nos rumos do desenvolvimento.

Quanto ao terceiro tópico da entrevista que trata dos dados familiares, preservou-se a identidade dos pais. O nível de escolaridade dos pais manteve-se equiparado (ensino médio para os pais e as mães das duas crianças). Contudo, para o pai da Criança1, essa etapa do ensino estava incompleta até a conclusão do estudo. As duas famílias se mostraram do tipo nuclear, com a presença do pai e da mãe, mas apenas a Criança1 possuía um irmão. A renda familiar da Criança2 foi maior do que a renda familiar da Criança1.

Como foi abordado na primeira seção, alguns fatores ambientais foram relacionados às causas do transtorno. Por outro lado, estudo citado a seguir considera que alguns eventos podem interferir nas relações familiares com a suspeita e com o diagnóstico do transtorno. As dificuldades para realização do diagnóstico e intervenção apropriada, assim como as dificuldades de acesso para serviços especializados foram questões percebidas na fase de levantamento de dados. Porém, não foi pontuada qualquer relação desses fatores com nível de *stress* familiar.

A inquietação embasa-se no estudo recente de revisão de literatura que corroborava quanto à existência de níveis elevados de *stress* em famílias de crianças com TEA comparados aos níveis de *stress* em famílias de crianças sem o transtorno (KIQUIO; GOMES, 2018). As mães seriam as mais afetadas pela relação de cuidado diário com a criança. Contudo, relembra-se o ritmo frenético de trabalho da mãe da Criança1 no bar da família, o qual costuma funcionar até a madrugada, além do estágio em enfermagem que ela fazia em um hospital de outro município. Nesse sentido, o estudo alerta para o efeito devastador que o diagnóstico do TEA pode trazer para as famílias, ainda que passada a fase do luto. É necessário estar alerta para o prejuízo emocional/psicológico que esse efeito pode causar, tanto nos pais quanto nas crianças. Uma rede de apoio para as famílias de crianças com TEA seria essencial para melhorar a qualidade de vida das famílias, prevenindo assim patologias relacionadas à saúde mental. Foi o que concluiu o estudo (KIQUIO; GOMES, 2018).

Outro ponto que nos levou a considerar fatores estressores no ambiente familiar está relacionado à síntese dos dados das interações sociais. No caso da

Criança1, a mãe relatou que, tanto ela quanto a criança ficavam irritados quando não se faziam compreender.

Essa mãe mostrou-se emotiva em algumas etapas de aplicação da intervenção, marcadamente, durante a conversa com os pais da criança, após a avaliação do desenvolvimento por meio do PEP-R. Ademais, as preferências da criança estavam mais voltadas para o entretenimento por meio da TV e da internet do que com animais, jogos, brinquedos e brincadeiras, como mostram os dados da Criança2. Por outro lado, quando foram indagadas acerca das habilidades da criança em determinada área<sup>15</sup>, elas responderam que os filhos tinham habilidade no manuseio do celular.

Os problemas sociocomunicativos da Criança2, relatados pela mãe, ora se confundem com desobediência, ora com resistência e inflexão, mas não pela falta de compreensão dos comandos.

Recorrendo ao Quadro 2, observa-se que a descrição do desenvolvimento da Criança1 foi iniciada a partir dos 4 meses de vida, enquanto que a descrição do desenvolvimento da Criança2 foi iniciada com o nascimento. O motivo pode ser atribuído ao fato de o estudo ter priorizado, na apresentação dos dados, a vigilância do desenvolvimento, no que se refere à manifestação de sinais precoces do TEA.

Os dados obtidos nos levam a crer que, para os pais da Criança1, ou ela apresentou um desenvolvimento normal até os seis meses de vida ou os sinais de desenvolvimento atípico somente ficaram evidentes a partir de então. Todavia, se observada a descrição do Quadro 2, constata-se que essa mãe relatou mais detalhadamente o fato de que somente aos 3 anos a criança apresentou marcos do desenvolvimento, que deveria ter apresentado a partir dos 4 meses de vida.

Wallon destaca o diálogo tônico como a primeira fase da afetividade, é nela que o vínculo com os pais e/ou cuidador familiar vai suprir a necessidade cognitiva do bebê, uma vez que nessa fase ele é impulsivo-emocional, ou seja, manifesta a afetividade fisiologicamente, com o propósito de ter suas necessidades supridas (WALLON, 2007). Logo, se não houver um diálogo corpo-a-corpo saudável, entre mãe e bebê, nessa fase literalmente visceral, a maturação do sistema nervoso será seriamente comprometida. Nesse sentido, considerando as falhas nas conexões afetivas de crianças com TEA, o diálogo tônico entre mãe-bebê é comprometido pelos

---

<sup>15</sup> Essa questão está no ítem 5 da entrevista de dados sociodemográficos e de desenvolvimento da criança. Esse tópico foi suprimido na apresentação dos dados. O roteiro da entrevista.

*deficits* causados pelo transtorno. A criança com TEA dificilmente responde a um sorriso com sorriso, ou mantêm contato ocular com a mãe durante amamentação e outros comportamentos com os quais a família terá dificuldades de lidar. Isso prejudicará a ocorrência da função inibidora e, conseqüentemente, da maturação do sistema nervoso.

A vigilância do desenvolvimento é necessária para se detectarem transtornos na infância, sobretudo daqueles que se estendem para a vida adulta, como no caso do TEA. Nesse sentido, o manual da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDIPI (OPAS, 2005) orienta profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o acompanhamento do desenvolvimento normal da criança.

A Sociedade Brasileira de Pediatria alerta para a formação de médicos pediatras no que se refere à identificação de sinais precoces do transtorno. É compreensível a carência da formação de profissionais da Atenção Primária à Saúde, no que se refere à identificação desses sinais em bebês, para orientação dos pais. O que é mais comum, nesse sentido, é o fato de mães com mais de um filho se queixarem do desenvolvimento mais lento do outro. Isso já pode ser um sinal de alerta para profissionais da saúde. Em consonância com as informações até aqui destacadas, o Manual da AIDIPI, documento base para a construção da Caderneta de Saúde da Criança no Brasil, pontua que um papel de destaque deve ser atribuído à opinião dos pais, os quais possuem sensibilidade indiscutível para detectar problemas no desenvolvimento de seus filhos. Para tanto, é necessário que profissionais da saúde tenham conhecimentos básicos acerca do desenvolvimento típico e atípico (OPAS, 2005). Quanto mais cedo forem detectados os sinais precoces do transtorno, mais cedo a criança receberá o diagnóstico e a intervenção necessária. Isso se o contexto social, cultural, geográfico e econômico em que a pessoa estiver inserida não influenciar negativamente.

No caso das crianças desse estudo, os dois laudos foram emitidos por hospitais públicos da capital São Luís/MA, que fica a cerca de 227/km do município de Santa Inês. Tanto o diagnóstico quanto as intervenções para o transtorno são realizados no município de Santa Inês por serviços privados de saúde. Outro aspecto importante a ser considerado na descrição do Quadro 2 é o fato de a Criança2 ter passado pela regressão de linguagem aos 24 meses. Seria esperado, portanto, que tal evento pudesse comprometer as habilidades sociais e interferir no desenvolvimento da Competência Social dessa criança e que algum evento pudesse

ter desencadeado a regressão. Contudo, quando o investigador perguntou à mãe se ela se recordava de algum evento que pudesse ter ocasionado o problema, ela respondeu: “não me recordo de qualquer fato importante que pudesse ter provocado isso”.

Estudo realizado com 30 crianças com TEA, sendo 6 crianças com regressão e 24 sem regressão de linguagem, avaliou o desenvolvimento sociocomunicativo a partir do Cronograma de Observação Diagnóstica do Autismo (*Autism Diagnostic Observation Schedule*). A média de idade para origem da perda foi de 25 meses (BACKES; ZANON; BOSA, 2013), o que está dentro da idade da regressão apresentada pela Criança2. No estudo de Backes, Zanon e Bosa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no desenvolvimento sociocomunicativo entre os dois grupos, o que corrobora com o nível de desenvolvimento sociocomunicativo apresentado pela Criança2, mesmo após a regressão de linguagem.

## **5.2 Apresentação dos Dados da Observação Livre**

A fase de observação livre foi realizada por três semanas. Na primeira semana, as crianças foram observadas a certa distância, principalmente nos momentos de entrada, intervalo e saída da escola. As duas crianças geralmente eram deixadas dentro da sala de aula pelos pais e não pelas mães.

A observação realizada em sala de aula, durante a segunda semana do mês de novembro, nos possibilitou avaliar alguns aspectos da interação da criança com os professores e demais alunos da sala regular. A terceira semana permitiu observar e registrar o desenvolvimento da criança em relação a alguns aspectos de funcionamento e desempenho acadêmico.

Na primeira semana, foi possível observar que as duas crianças geralmente chegavam na escola de motocicleta, acompanhadas pelos pais (trata-se aqui da figura masculina). A motocicleta/moto é o meio de transporte mais utilizado no município, uma vez que o único meio de transporte público é um ônibus coletivo que realiza uma única linha entre dois municípios (Santa Inês e Pindaré-Mirim). Não há qualquer outro meio de transporte público que circule entre os bairros da cidade. Portanto, não se trata de um veículo que determine *status* social e sim de uma necessidade no contexto local.

A rotina da escola foi marcada basicamente dessa forma. Os pais que chegavam antes da abertura do segundo portão ficavam aguardando no pátio externo o horário de entrada das crianças. Liberado o acesso, os pais seguiam com os pré-escolares para suas respectivas salas, após as crianças estarem alojadas, os pais deixavam a escola.

O momento de saída seguia o mesmo princípio. Os pais aguardavam o momento de término das aulas para buscar as crianças na sala. As crianças cujos pais chegavam atrasados aguardavam sentadas em cadeiras enfileiradas no pátio interno, próximo aos portões. Raramente as duas crianças desse estudo passavam por tal situação.

Antes de a aula iniciar, era impossível manter a Criança1 sentada e quieta. Estava sempre em movimento, não apenas na sala, mas a andar por quase todos os ambientes da escola, em especial no pátio. Era comum inclusive entrar em outras salas de aula, uma vez que as salas possuíam somente três paredes.

Essa estrutura apresentava algumas características positivas. As salas ficavam mais iluminadas. E, da direção, era possível ter uma visão privilegiada de quase todos os ambientes. Em contrapartida, toda manifestação ou movimentação externa virava motivo de distração, tanto de alunos quanto de professores. Para as crianças com TEA, essa estrutura comum nas creches e pré-escolas do município tornou-se uma barreira ainda maior para a concentração.

Na segunda semana, a tentativa de aproximação com a Criança1 girava em torno do seu interesse por certos objetos que a investigadora possuía, em especial uma caneta que chamara a atenção da criança. Era comum ela (a criança) fazer a troca. Entregava uma caneta velha em troca da caneta da investigadora. Não havia diálogo funcional nessa relação. A criança apenas respondia com fala ecológica à maioria das iniciativas de comunicação. E respondia com sons guturais ou irritação, quando algo a desagradava.

A partir da terceira semana, a relação entre a investigadora e a criança já mostrava alguns sinais de avanço. Conseguiram realizar uma saudação batendo mão com mão, pé com pé e bumbum com bumbum, sempre que a caneta era devolvida. Isso por influência do cuidador escolar.

A tentativa de aproximação com a Criança2 parecia tão desafiadora quanto com a Criança1, embora a primeira se prendesse ao objeto de desejo e não à interação em si. A Criança2 percebia a presença da investigadora e a olhava

desconfiadamente, como se fosse uma estranha, e era o que realmente ela era naquele momento. Dias depois, ao ver o seu melhor amigo abraçar a investigadora, a criança com TEA copiou a ação, abraçando-a de repente, pegando-a de surpresa, mas deixando-a muito feliz.

A expressão do olhar também mudou. Não olhava mais de “canto de olho”, com aquele olhar desconfiado. O olhar passou a vir acompanhado de um sorriso tímido e os abraços tornaram-se mais frequentes, mesmo sem o amigo ou a investigadora tomarem a iniciativa. Essa ação espontânea da criança, registrada durante a observação livre, não se repetiu no momento da avaliação com o PEP-R.

Os dados apresentados a seguir referem-se à avaliação do desenvolvimento da **Criança1**, durante a observação livre.

• Observação em sala de aula

- ✓ Apresentou boa coordenação para cobrir letras e traços;
- ✓ Escreveu primeiro nome com ajuda do cuidador;
- ✓ Falhou na escrita do nome completo;
- ✓ Apresentou pouca amplitude de atenção para atividades escritas;
- ✓ Manifestou ansiedade e hiperatividade;
- ✓ Coloriu em linhas com auxílio do cuidador;
- ✓ Não apresentou dificuldade para segurar o lápis e apoiar a mão sobre o caderno;
- ✓ Manifestou movimentos e maneirismos durante atividade de escrita, a qual exigia concentração;
- ✓ Durante atividade de colorir, a criança reduziu a intensidade dos movimentos realizados com membros inferiores.

• Observação em momento de intervalo

- ✓ Apresentou ecolalia imediata;
- ✓ Manifestou boa relação com o cuidador escolar (mostrou-se cooperativo);
- ✓ Atendeu ao chamado do cuidador;
- ✓ Obedeceu a comandos simples;
- ✓ Trouxe objeto para mostrar;
- ✓ Não interagiu com pares.

Em outro momento, a criança escreveu, de forma espontânea, letras e números à caneta, explorando o material da pesquisadora, durante uma conversa com o cuidador escolar.

✓ A Criança1 falava em voz alta, ao passo que escrevia as vogais em sequência e em linha vertical e ritmo frenético (ver figura 1);

✓ Em seguida, escreveu todas as letras do alfabeto em maiúsculo, distribuindo-as aleatoriamente na folha, demonstrando falha na noção de espaço (coordenação visomotora);

✓ Escreveu tanto letras espelhadas (C, E, F, N, S) quanto números espelhados (5 e 9) (ver figura 2);

✓ Escreveu número na identificação de letra (5=Z) e letra na identificação de número (P=9).

✓ Sobrepôs uma letra a outra (M sobre N e N sobre L)

Enquanto a criança riscava as folhas, a investigadora mantinha diálogo com o cuidador, mas atenta à ação da criança. Isso foi feito para que ela não notasse que estava sendo observada, o que poderia interferir na continuidade da escrita.

**Figura 2** – Escrita espontânea da Criança1(em três páginas)



Fonte: arquivos da autora, 2019

Após a primeira escrita, a pesquisadora entregou uma folha de papel em branco e indicou como escrever horizontalmente da esquerda para a direita. Esta ação obteve bons resultados.

A sequência de imagem da figura – 2 mostra a escrita horizontal, embora a criança tenha iniciado a escrita de “A” a “D” da esquerda para a direita e de “F” a “K” da direita para a esquerda. Escreveu as letras de “N” a “O” da esquerda para a direita e de “U” a “Z” da direita para a esquerda, o que sugere falhas na noção de espaço. As letras “C” e “F” permaneceram espelhadas. A letra “J”, que inicialmente foi

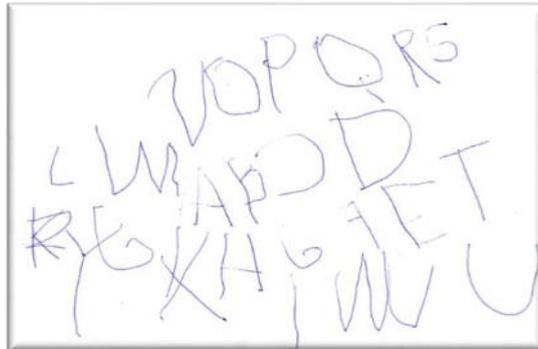
desenhada na figura com um formato que não condiz com desenho real da letra, também teve escrita espelhada, como mostra a figura – 2. Dessa forma, a letra “J” foi escrita com formato semelhante ao da letra “G”. As letras “X”, “Y” e “Z” foram sobrepostas às letras “I”, “J” e “K”.

**Figura 3 – Escrita da Criança 1 (números)**



Fonte: arquivos da autora, 2019

**Figura 4 – Escrita da Criança 1 (letras)**



Fonte: arquivos da autora, 2019

Os dados apresentados a seguir referem-se à avaliação do desenvolvimento da **Criança2**, durante observação livre.

• Observação em sala de aula

- ✓ Apresentou comportamento de resposta e de iniciativa de atenção compartilhada;
- ✓ Apresentou comunicação espontânea;
- ✓ Não manifestou ecolalia imediata ou tardia;
- ✓ Contou até 5 com auxílio da cuidadora, em uma atividade escrita;
- ✓ Dispersou das atividades com frequência;
- ✓ Perdeu o interesse rapidamente (pouca amplitude de atenção);

- ✓ Conseguiu cobrir letras e linhas apenas com auxílio da cuidadora escolar;
- ✓ Apresentou dificuldades para apoiar o lápis (não apoiou totalmente a mão sobre o caderno);
- ✓ Coloriu desenhos olhando para outra direção (falta de foco na tarefa);
- ✓ Associou cores a super-heróis (amarelo ao Batman, Verde ao Hulk, azul ao Capitão América).

- Observação em momento de intervalo

- ✓ Compartilhou brinquedos que levou de casa para a escola e distribuiu com os colegas de sala (geralmente 5 super-heróis e dois carrinhos);
- ✓ Interagiu com pares (iniciou brincadeiras e interações);
- ✓ Tinha um melhor amigo em sala de aula;
- ✓ Atividades fora da sala de aula eram realizadas sempre na companhia do amigo (idas ao banheiro e ao bebedouro);
- ✓ Apresentou brincar funcional (pôs os bonecos para voar e arrastou carrinhos no chão);
- ✓ Subiu e desceu do assento;
- ✓ Pulou com os dois pés;
- ✓ Reconhecia o pai em uma certa distância, no momento da saída.

### 5.2.1 Análise dos dados da entrevista

O TEA é marcado por *deficits* na socialização e comunicação, normalmente por dificuldades no domínio da linguagem e uso da imaginação. Outra característica típica do TEA são os padrões atípicos de comportamento, marcadamente estereotípias motoras e inflexão a rotinas (APA, 2014). Se os dados da entrevista e os dados da observação livre forem confrontados, é possível constatar mudanças positivas no desenvolvimento da Criança2 com o início da vida escolar. Enquanto que a avaliação do desenvolvimento da Criança1 demonstrou poucos avanços em relação à idade pré-escolar.

As habilidades sociais empobrecidas da Criança1 interferiam no seu desempenho acadêmico. A criança interagiu apenas com o cuidador educacional, no ambiente escolar. Esse sujeito do processo educativo dispendia todos os esforços na tentativa de despertar as habilidades sociais da criança. Foi percebida, nessa relação,

certa reciprocidade, pelo nível de atenção, carinho e respeito que havia entre os dois. E a obediência da criança aos comandos do cuidador quando havia compreensão. Nesse sentido, Cunha (2017) destaca a importância da figura masculina na educação escolar de meninos com TEA, pois, através da figura masculina, o menino absorve e enfatiza melhor a imitação e o condicionamento, enquanto as mulheres despertam a figura materna, porém necessária, no ensino dessas crianças.

Foi relatado pelas professoras da Criança1, pela mãe e pelo cuidador educacional, durante a fase de observação livre, que a criança também apresentava Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade como comorbidade do TEA. Embora seja um relato fundamentado em características comportamentais, não foi constatada nenhuma associação do TEA com qualquer outro transtorno ou síndrome genética por meio do laudo médico. Nesse sentido, o estudo sugere maiores investigações com profissionais da área da saúde com base na queixa dos intervenientes do processo educativo e dos dados obtidos na avaliação do desenvolvimento da criança, por meio do presente estudo. A inquietação nesse aspecto parte da necessidade de prevenção e aconselhamento genético, como orientam as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA):

Quando o quadro clínico é grave, com o paciente muito comprometido, é claro que a recorrência propicia um impacto muito maior na família e na sociedade. Portanto, nestas situações, deve-se ter o cuidado de averiguar se há uma causa, entre as já indicadas, presente na família, o que indica, assim, a existência de um risco de recorrência alto. Tais riscos, em algumas situações de síndromes genéticas, podem chegar a 50%. Nos 80% de casos nos quais não se identifica uma possível causa, a recorrência entre irmãos é da ordem de 8% a 10%, conforme se considere o espectro menos ou mais amplo (BRASIL, 2014, p. 59).

Zilda Del Prette e Almir Del Prette analisaram o papel das habilidades sociais e da competência social como correlato ou fator de aprendizagem acadêmica. Alertaram que, embora as definições para Dificuldades de Aprendizagem (DA) e Transtornos de Aprendizagem (Learning Disabilities – LD) sejam diferentes, é nesse último que se encontra o maior número de estudos que relacionam habilidades sociais e aprendizagem. Nesse sentido, desenvolveram um tópico em que descrevem as habilidades sociais como objetivo da educação escolar, tanto no ensino regular quanto na educação especial e nele falam sobre a importância das habilidades profissionais interpessoais do professor nesse processo. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1998) Consideraram ainda que o número crescente da literatura internacional preocupada com o desenvolvimento emocional está relacionado com o novo “darwinismo social”,

o que inclui os problemas sociais causados pelo “cenário político e econômico globalizado”.

A realização do presente estudo, que passou de um ano letivo para outro, nos possibilitou verificar, por meio da observação livre e dos encontros de trabalho, diferenças na relação da mesma professora com a Criança1 e com a Criança2. E os comportamentos das novas professoras que tiveram a Criança2 incluída em sua sala de aula. Os relatos a seguir apresentam as respostas de uma das professoras, uma mãe e um (uma) cuidador (a) escolar acerca do que compreendem sobre inclusão.

*“Entendo a inclusão ainda como coisa a desejar, tá mais para exclusão, pois nós professores somos pouco capacitados para interagir como uma especialidade”*

*Relato de professora*

*“A inclusão desenvolve a comunicação e a interação social”*

*Relato de cuidador*

*“A escola é um instrumento muito importante para a socialização da criança, a aceitação com objetos e descoberta da amizade e acolhimento que não são de “casa” fazem com que eles tenham mais confiança neles mesmos. Conhecer outras pessoas e ter outro ambiente para se comunicar, aprendem letras mais fáceis e alfabetização.*

*Relato de mãe*

Os textos foram extraídos da atividade “roda da inclusão”, realizada durante os encontros de trabalho planejados pela investigadora.

O texto da professora pode ser relacionado ao estudo de Zilda Del Prette e Almir Del Prette (1998), quando esclarecem que o desenvolvimento interpessoal do aluno dependerá das condições estabelecidas pelo professor. Para que essas condições sejam oferecidas, é necessário, portanto, que ele tenha compreensão do processo, que somente acontecerá por meio da formação inicial e continuada. Nesse sentido, a formação dos professores deixa a desejar.

Essa proposição foi levantada ainda na introdução do presente estudo, de que os objetivos secundários da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva (PNEEPEI), tais como: (1) formar profissionais para o Atendimento Educacional Especializado; (2) capacitar os profissionais da educação

para inclusão; (3) promover o envolvimento da comunidade e da família (BRASIL, 2008), não estariam recebendo a devida atenção. E que essa falha traz prejuízos para o trabalho colaborativo, as relações entre os intervenientes do processo educativo, o incentivo de habilidades sociais e o desenvolvimento da Competência Social da criança, provocando um efeito dominó no desenvolvimento e aprendizagens de crianças com o transtorno.

O texto do (a) cuidador (a) escolar conceitua a inclusão como uma espécie de “tábua de salvação” para os *deficits* típicos do TEA. Porém, é importante recordar que os *deficits* persistentes nas habilidades da comunicação e interação social, aliados às dificuldades de inclusão dessas crianças, no ensino regular, consistiram na justificativa da realização do estudo, na fase inicial de pré-qualificação.

O estudo não afirma, por meio da lembrança resgatada, que a inclusão seja incapaz de incentivar o desenvolvimento da interação e da comunicação social da criança com TEA, mas é preciso garantir os meios para que ela aconteça de forma efetiva, evitando assim a pura colocação desses alunos na sala comum do ensino regular, causando estranhamento e desconforto para os professores e para os demais alunos sem deficiência. Desse modo, Camargo e Bosa (2009) acreditam que a convivência compartilhada da criança com TEA no ensino regular oportuniza não só o desenvolvimento dessa criança, como também de todas as outras, a partir do convívio com as diferenças.

O texto da mãe define a inclusão a partir do papel da escola, a qual, além de proporcionar a aprendizagem acadêmica, contribui para a socialização da criança e para a construção de vínculos afetivos. É possível que a mãe se referia à relação entre a criança e o cuidador escolar e à admiração da família pelo empenho do profissional.

A passagem de um contexto social para o outro (família-escola) na infância nem sempre é tranquila. E, por isso, necessita do monitoramento constante dos pais, ainda que de forma sutil (DEL PRETTE; DEL PRETTE; 2005). Os autores destacam a função social da escola para formar cidadãos críticos e reflexivos, construtores da realidade social. Para tanto, precisa promover interações para o desempenho de habilidades interpessoais que promovam um desenvolvimento saudável e produtivo em diferentes contextos.

O abraço dirigido à investigadora pela criança com TEA pode ser explicado por Wallon, quando considera que uma criança só imita movimentos e sons se o fizer

espontaneamente, pois é necessário que o ato imitado esteja presente no aparelho motor (WALLON, 2007).

Os dados levantados durante a observação livre serviram de suporte para avaliação feita por meio do Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R), tanto em relação às áreas de desenvolvimento quanto do comportamento. Logo, algumas considerações sobre essa etapa serão realizadas na análise da avaliação com o instrumento padronizado.

### **5.3 Apresentação dos Dados do Perfil de Desenvolvimento**

As fichas utilizadas para pontuação das quatro áreas da Escala de Comportamento e sete áreas da escala de Desenvolvimento foram adaptadas das 10 fichas de cálculos do PEP-R<sup>16</sup> e da ficha para cálculo dos resultados que compõe as 14 “*Fichas de Protocolo e Perfis*” do instrumento. As 10 fichas de cálculo do PEP-R pontuam simultaneamente os 43 itens da Escala de Comportamento e 131 itens da Escala de Desenvolvimento.

A avaliação do comportamento das crianças seguiu as instruções do manual do PEP-R, para elaboração do relatório de comunicação dos dados. Antes, apresentam-se algumas observações a respeito do teste.

#### **•Observações sobre aplicação do teste da Criança1**

O teste dessa criança foi aplicado na presença do cuidador escolar, pelo fato de isso ter deixado a criança menos agitada após sua chegada. Ele foi orientado a como prosseguir na avaliação durante a aplicação do teste, com o propósito de alcançar melhores resultados. A criança com TEA não apresentou problemas ao separar-se da mãe, mas demonstrou algum desconforto em relação ao afastamento do cuidador escolar.

#### **•Observações sobre aplicação do teste da Criança2**

O teste precisou ser aplicado com a presença do melhor amigo da criança com TEA, pois se negava a entrar na sala do teste sem o colega.

---

<sup>16</sup> Ver fichas adaptadas em apêndice, incluídas no produto.

Seguindo princípios do enfoque desenvolvimentista, a participação do amigo no teste possibilitou comparações no desempenho das duas crianças, embora o caráter da pesquisa não tenha sido comparativo e tão pouco serão descritas aqui, respeitando princípios da ética na pesquisa. Dessa forma, é pouco provável que a presença do par tenha interferido negativamente na avaliação do comportamento da Criança2.

### 5.3.1 Apresentação do Perfil de Desenvolvimento

A escala de Desenvolvimento do PEP-R é composta por 131 itens, que avaliam sete áreas, a saber: imitação (I), percepção (P); motora fina (MF); motora grossa (MG), orientação olho-mão (OM), desempenho cognitivo (DC) e cognitivo verbal (CV).

Os itens foram registrados seguindo o Sistema de pontuação do PEP-R – passou (P), emergente (E) e reprovado (R). Para pontuar “P”, a criança deveria executar a tarefa sem precisar de demonstração ou ajuda. Para pontuar “E”, a criança precisaria de demonstração ou ajuda para completar a tarefa. E, para pontuar “R”, a criança deveria ser incapaz de realizar a tarefa, mesmo com auxílio.

**Tabela 1 – Pontuação do Perfil de Desenvolvimento**

<b>Criança1</b>	<b>I</b>	<b>P</b>	<b>MF</b>	<b>MG</b>	<b>OM</b>	<b>DC</b>	<b>CV</b>	<b>Total</b>
Habilidades presentes	4	10	11	17	10	9	9	<b>70</b>
Habilidades emergentes	3	3	4	1	5	7	5	<b>28</b>
Falhas	9	0	1	0	0	10	13	<b>33</b>
Total de itens	16	13	16	18	15	26	27	<b>131</b>
Amplitude de idade estimada por área	14-15	28-33	31-36	40-51	46-49	22-23	33-34	<b>26-30</b>
Idade de desenvolvimento obtida (ano/mês)	1.2	2.7	2.9	3.9	4.0	1.9	2.8	<b>2.5</b>
<b>Criança2</b>	<b>I</b>	<b>P</b>	<b>MF</b>	<b>MG</b>	<b>OM</b>	<b>DC</b>	<b>CV</b>	<b>Total</b>
Habilidades presentes	13	12	13	17	6	21	15	<b>97</b>
Habilidades emergentes	3	1	2	1	7	2	5	<b>21</b>
Falhas	0	0	1	0	2	3	7	<b>13</b>
Total de itens	16	13	16	18	15	26	27	<b>131</b>
Amplitude de idade estimada por área	28-42	42-54	41-44	40-51	30-33	46-48	43-44	<b>41-45</b>
Idade de desenvolvimento obtida (ano/mês)	3.5	4.0	3.7	3.9	2.6	3.9	3.7	<b>3.6</b>

Fonte: construída pela autora, com base nos escores do PEP-R

Na tabela 1, as habilidades presentes significam a quantidade de itens pontuados como “passou”. As habilidades emergentes continuam com o mesmo significado, ou seja, “emergente”. E as falhas reapresentam os itens pontuados como “reprovou”. Essa foi uma estratégia para utilização de uma linguagem mais suave para as mães, durante a apresentação dos resultados. A tabela abaixo apresenta os escores do perfil de desenvolvimento da Criança1.

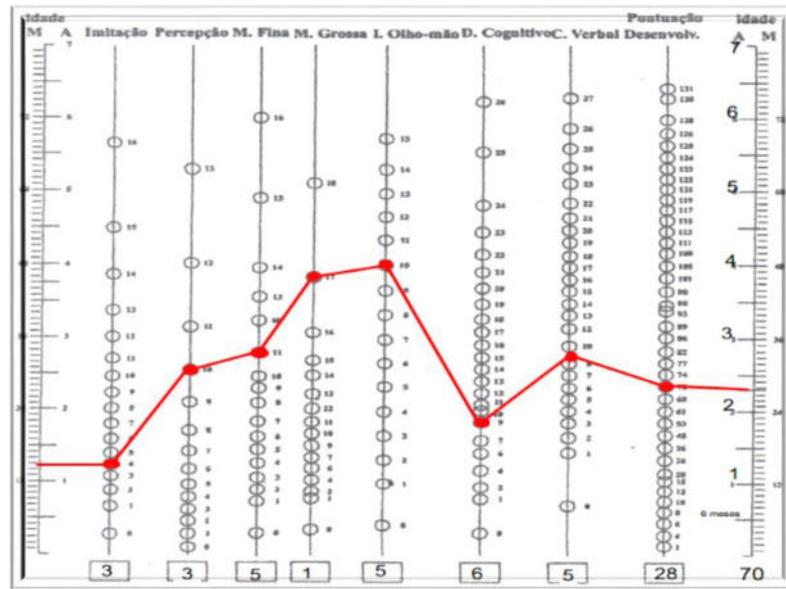
As características físicas da **Criança1** revelaram um menino de pele morena, magro, porém não subnutrido, rosto longo e fino, sobrancelhas espessas e lábio inferior proeminente. Não externalizou características disformes ou comorbidades comprovadas por laudo médico. A Idade Cronológica (IC) da Criança1, na data de aplicação do teste, era de seis anos e cinco meses (6.5), a Idade de Desenvolvimento (ID) obtida foi de dois anos e cinco meses (2.5) e Quociente de Desenvolvimento (QD)=38,4. O quociente de desenvolvimento é obtido a partir da seguinte fórmula.

$$\frac{\text{Idade de desenvolvimento}}{\text{Idade cronológica}} \times 100$$

As características físicas da Criança2 revelam uma criança de pele branca, cabeça relativamente alargada, rosto amplo, bochechas e fronte proeminentes, queixo fino, nariz pequeno. Na data de aplicação do teste, a **Criança2** apresentou estatura e peso adequados para a idade cronológica. Não externalizou características disformes ou comorbidades. A Idade Cronológica (IC) da Criança2, na data de aplicação do teste, era de cinco anos e quatro meses (5.4), Idade de Desenvolvimento (ID) obtida foi de três anos e seis meses (3.6) e Quociente de Desenvolvimento (QD)=66,6.

As escalas gráficas do Perfil de Desenvolvimento de cada criança são apresentadas a partir da seguinte descrição: os pontos vermelhos na escala identificam a pontuação das habilidades presentes em cada área de desenvolvimento, localizadas na parte superior da escala gráfica; os sete primeiros quadros localizados na parte inferior da escala identificam o número de habilidades pontuadas como emergentes; ao lado da área de desenvolvimento cognitivo verbal, há uma escala numérica, na qual foi registrada a soma de habilidades presentes e, abaixo dela, um quadro com o número de habilidades pontuadas como emergentes. A última escala da direita identifica a idade de desenvolvimento da criança. Os números que compõem o gráfico estão à mostra na tabela 1.

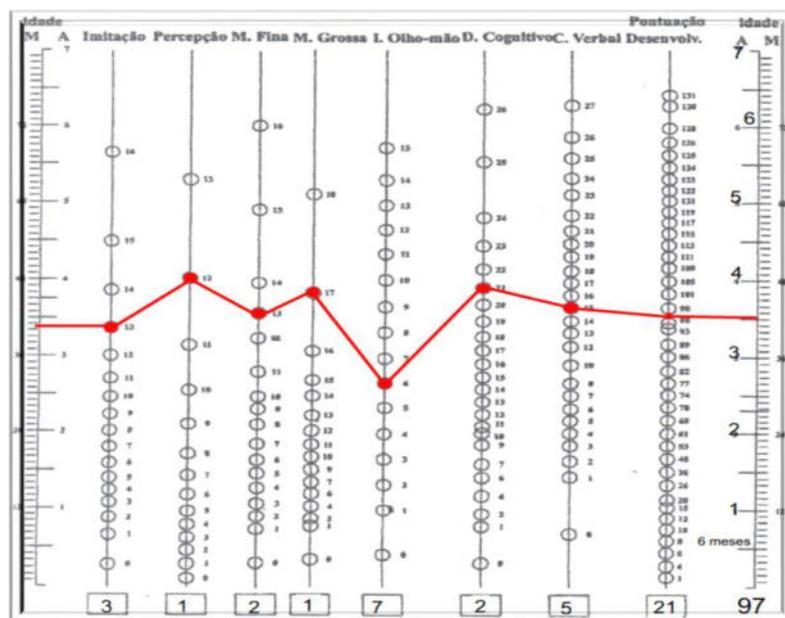
Figura 5 – Escala Gráfica do Perfil de Desenvolvimento (Criança 1)



Fonte: construída pela autora com base nos escores do PEP-R

A pontuação total obtida na soma das sete áreas foi (n=70). O número total de habilidades emergentes (E=28). O número total de falhas ou itens pontuados como reprovados (R=33). Não foi pontuado “R” para as áreas de percepção, motricidade grossa e orientação-olho-mão. Como mostram a tabela 1 e a escala gráfica apresentada na página anterior. A Criança1 atingiu a menor idade de desenvolvimento na área de imitação (1 ano e dois meses), enquanto que a maior idade de desenvolvimento foi registrada na área de orientação olho-mão (4 anos).

Figura 6 – Escala gráfica do perfil de desenvolvimento (Criança 2)



Fonte: construída pela autora com base nos escores do PEP-R

Para a Criança2, a pontuação total obtida na soma das sete áreas foi (n=97). O número total de habilidades emergentes (E=21). O número total de falhas ou itens pontuados como reprovados (R=13). Não foi pontuado “R” para as áreas de imitação, percepção, motricidade grossa. Atingiu a menor idade de desenvolvimento na área de orientação olho-mão (2 anos e seis meses), enquanto que a maior idade de desenvolvimento foi registrada na área de percepção (4 anos).

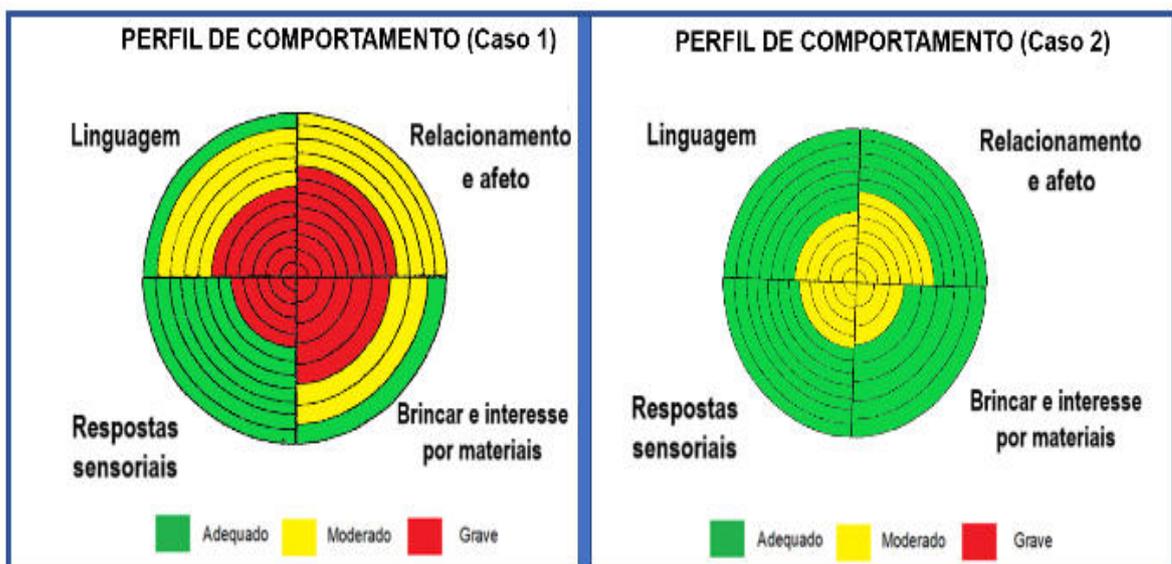
Todos os 131 itens dessa escala foram pontuados durante a aplicação do teste. Para aqueles que levantavam alguma dúvida, eram utilizadas as imagens para reanálise do vídeo, sempre que necessário, bem como a utilização das orientações do manual.

### 5.3.2 Apresentação do Perfil de Comportamento

A Escala de Comportamento do PEP-R é utilizada na identificação de padrões não usuais de comportamento. É composta por 43 itens, distribuídos em 4 áreas, a saber: relacionamento e afeto (R); brincar e interesse por materiais (M); respostas sensoriais (S); Linguagem (L).

As pontuações para os comportamentos observados são: adequado (A); moderado (M); e grave (G). Todas as pontuações seguem padrões de recomendação para cada um dos 43 itens presentes no manual. A escala à seguir apresenta o padrão comportamental das duas crianças.

Figura 7 – Escala de Padrão comportamental das crianças avaliadas



Fonte: Construída pela autora com base na Escala de Comportamento do PER

A utilização das cores vermelho, amarelo e verde, na figura-4, foi uma adaptação na Escala de Comportamento do instrumento para facilitar a compreensão das mães e profissionais da escola durante a comunicação dos dados. A cor vermelha foi utilizada para sinalizar os comportamentos graves. A cor amarela para os comportamentos moderados. E a cor verde para sinalizar os comportamentos adequados, em alusão às cores utilizadas no semáforo.

A figura utilizada no presente estudo é a mesma utilizada nos relatórios de comunicação dos dados com os participantes do estudo. Dessa forma, o nome “caso” em parênteses, utilizado na figura 4 para representar cada criança, foi uma estratégia para manter a identidade dos meninos em sigilo, desde a construção dos relatórios até a conclusão do estudo.

A Criança1 pontuou itens graves em todas as áreas da Escala de Comportamento. As habilidades na área de relacionamento e afeto apareceram como as mais prejudicadas, seguidas pelas áreas de linguagem, brincar e interesse por materiais e respostas sensoriais, respectivamente.

A Criança2 não pontuou itens graves nessa escala. No entanto, as habilidades na área de relacionamento e afeto também se apresentaram como as mais prejudicadas, seguidas pelas áreas de linguagem, respostas sensoriais e brincar e interesse por materiais, respectivamente.

A tabela 2 registra em números a pontuação do perfil de comportamento das duas crianças apresentada na figura 7.

**Tabela 2 – Pontuação do Perfil de Comportamento**

<b>Criança1</b>					
Área	R	M	S	L	Total
Adequado	0	1	7	3	<b>11</b>
Moderado	4	2	0	2	<b>8</b>
Grave	8	5	5	6	<b>24</b>
Total de itens	12	8	12	11	<b>43</b>
<b>Criança2</b>					
Área	R	M	S	L	Total
Adequado	5	5	7	6	<b>22</b>
Moderado	7	3	5	5	<b>21</b>
Grave	0	0	0	0	<b>0</b>
Total de itens	12	8	12	11	<b>43</b>

Fonte: Construído pela autora a partir dos resultados obtidos na Escala de Comportamento

Na área de relacionamento e afeto (R), composta por 12 itens, a Criança1 obteve um maior número de escores graves. A pontuação para comportamentos adequados foi (A=0). O número de itens pontuados como moderado foi (M=4) e para comportamentos graves nessa área (G=8).

Na área de brincar e interesse por materiais, composta por 8 itens, a pontuação para comportamentos adequados foi (A=1), para comportamentos moderados foi (M=2) e para comportamentos graves (G=5).

Na área de respostas sensoriais, composta por 12 itens, a pontuação para comportamentos adequados foi (A=7), para comportamentos moderados (M=0) e para comportamentos graves (G=5).

Na área de Linguagem, composta por 11 itens, a pontuação para comportamentos adequados foi (A=3), para comportamentos moderados (M=2) e para comportamentos graves (G=6).

O quadro a seguir apresenta os itens e pontuações da área de relacionamento e afeto, na qual a criança pontou o maior número de comportamentos graves.

**Tabela 3 – Área de Relacionamento e Afeto (Criança1)**

Nº	Item	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO			
			A	M	G	
1	54	Reage a sua própria imagem no espelho	0	0	1	TOTAL DE ITENS
2	55	Reage a contato físico	0	1	0	
3	91	Iniciativa de interação social	0	0	1	
4	92	Reage à voz do avaliador	0	1	0	
5	146	Contato ocular	0	0	1	
6	152	Afeto	0	0	1	
7	154	Busca a ajuda do avaliador	0	1	0	
8	155	Reação de medo	0	0	1	
9	157	Consciência da presença do avaliador	0	0	1	
10	158	Cooperação com o avaliador	0	0	1	
11	160	Tolerância a interrupções	0	0	1	
12	173	Motivação por elogio social	0	1	0	
<b>Total de (A, M, G)</b>			<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>

Fonte: Construído pela autora a partir dos resultados obtidos na Escala de Comportamento.

Na avaliação do item 54, a Criança1 fez várias expressões faciais (caretas), ao visualizar a própria imagem refletida no espelho. E, quando questionada sobre a imagem refletida, demonstrava surdez aparente.

As habilidades pontuadas como graves e moderadas nos itens que avaliaram a tolerância a interrupções e motivação por elogio social, respectivamente, foram percebidas tanto na fase de observação quanto na aplicação do teste. Esses

dados também foram identificados na entrevista sociodemográfica, no que se refere às preferências da criança. Aspectos relacionados à intolerância e inflexões de rotinas foram também relatados pela mãe, no contexto familiar.

- Áreas de comportamento Criança2

Na área de relacionamento e afeto (R), composta por 12 itens, a Criança1 obteve um maior número de escores graves. A pontuação para comportamentos adequados foi (A=5). O número de itens pontuados como moderados (M=7) e para comportamentos graves nessa área (G=0).

Na área de brincar e interesse por materiais, composta por 8 itens, a pontuação para comportamentos adequados foi (A=5), para comportamentos moderados (M=3) e para comportamentos graves (G=0).

Na área de respostas sensoriais, composta por 12 itens, a pontuação para comportamentos adequados foi (A=7), para comportamentos moderados (M=5) e para comportamentos graves (G=0).

Na área de Linguagem, composta por 11 itens, a pontuação para comportamentos adequados foi (A=6), para comportamentos moderados (M=5) e para comportamentos graves (G=0).

A tabela abaixo é composta pelos itens e scores pontuados pela Criança2 na área de Relacionamento e Afeto

**Tabela 4 – Área de relacionamento e afeto (Criança2)**

Nº	Item	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO			TOTAL DE ITENS
			A	M	G	
1	54	Reage a sua própria imagem no espelho	0	1	0	
2	55	Reage a contato físico	0	1	0	
3	91	Iniciativa de interação social	1	0	0	
4	92	Reage à voz do avaliador	1	0	0	
5	146	Contato ocular	0	1	0	
6	152	Afeto	0	1	0	
7	154	Busca a ajuda do avaliador	1	0	0	
8	155	Reação de medo	0	1	0	
9	157	Consciência da presença do avaliador	1	0	0	
10	158	Cooperação com o avaliador	1	0	0	
11	160	Tolerância a interrupções	0	1	0	
12	173	Motivação por elogio social	0	1	0	
<b>Total de (A, M, G)</b>			<b>5</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>12</b>

Fonte: Construído pela autora a partir dos resultados obtidos na Escala de Comportamento.

Quando a Criança1 foi questionada sobre que imagem ela via refletida no espelho, proferiu o próprio nome, em vez do pronome pessoal “eu”. Entretanto, em determinado momento, quando a avaliadora proferiu a seguinte sentença: - “Eu sou menina, e você?”, respondeu – “**sou** menino”. A avaliadora articulou ainda o pronome possessivo “meu” como forma de identificar-se. Ao proferir a frase “meu nome é....” E o seu? A criança utilizou o pronome possessivo “meu” como resposta. Nesse sentido, o item foi pontuado como adequado. A próxima subseção apresenta as análises dos dados da avaliação das duas escalas e das duas crianças, simultaneamente. O foco das análises foi mantido na área de relacionamento e afeto. Área mais prejudicada, de acordo com os resultados.

### 5.3.3 Análise do Perfil de Desenvolvimento

O estudo referencia-se na Teoria Psicogenética de Henri Wallon para subsidiar a análise dos resultados, em razão dos próprios resultados. A escolha por uma entre tantas teorias do desenvolvimento se fundia às necessidades de explicação do TEA e compreensão da Competência Social durante a fase de elaboração do projeto de pesquisa. Essa fase foi longa, exaustiva e necessária. Nesse sentido, as teorias de Vigotski, Bronfenbrenner e a Perspectiva do Curso de Vida de Glen Elder também foram avaliadas para fundamentação teórica. Contudo, a escolha pela abordagem não se justifica apenas nos contributos da afetividade para o desenvolvimento, mas do movimento (ato motor) no desenvolvimento da afetividade. É importante ressaltar que, tanto Wallon quanto Bronfenbrenner, levantaram algumas críticas sobre a avaliação de crianças por testes padronizados, por considerarem: o tempo para aplicação do teste; o caráter classificatório; a avaliação estatística e as provas de personalidade (BRONFENBRENNER, 2012; WALLON, 2007).

Diante do contexto, a utilização do PEP-R é justificada na defesa de que os instrumentos tradicionais de pesquisa (entrevistas e questionários) consistem em recursos de difícil aplicabilidade em crianças com TEA. Segundo, porque o PEP-R permite uma apreciação tanto de habilidades quanto de *deficits* no desenvolvimento. Terceiro, porque foi feito um exame de fidedignidade e validade do instrumento no Brasil, correlacionado a outros dois instrumentos (*Child Behavior Checklist – CBCL* e *Coloured Progressive Matrices – CPM*), com estudantes de escolas particulares, estaduais e municipais de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul (LEON, et al 2004).

Dessa forma, estudo com esse alinhamento, que se vale de instrumentos de consultas aos pais, observação livre e avaliação do perfil de desenvolvimento e comportamento, permite a reflexão de variáveis biológicas e sociais para o desenvolvimento da Competência Social de crianças com TEA. Compreender o desenvolvimento a partir da natureza humana indissociavelmente biológica e social, sem fragmentá-lo em processos estanques, é o princípio da teoria Walloniana, na qual a observação constitui-se como principal método de pesquisa (WALLON, 2007).

Na área de relacionamento e afeto, as duas crianças agiram de maneiras diferentes na avaliação do item 54, assim como de vários outros itens das duas escalas. Isso porque cada uma delas possui habilidades e *deficits* diferentes em relação ao mesmo transtorno. Por outro lado, considerar que a Criança1 é socialmente menos competente do que a Criança2 e levantar explicações para essa hipótese com base unicamente no *spectrum* seria no mínimo irresponsável.

Os dados revelam que as habilidades sociais da Criança2 se mostraram mais evidentes durante as observações em sala de aula do que no ambiente do teste. Ainda que essa criança tenha elegido um “par social”, no contexto escolar, ela interagia com a maior parte das crianças da sala regular. Na aplicação do teste, a criança solicitou por duas vezes à avaliadora e ao seu amigo que fechassem os olhos durante a atividade de colocar e retirar as contas do barbante. No momento, a criança fixou brevemente o olhar tanto para o rosto da avaliadora quanto para o do seu amigo, para certificar-se de que os dois estavam com os olhos fechados. Enquanto isso, concluía adequadamente a tarefa, porém mantendo a vigília na avaliadora e no amigo. Depois pediu para que a avaliadora abrisse os olhos.

O amigo da Criança1 lembrou: “Hei! Eu ainda estou de olhos fechados”. Então, a criança avaliada respondeu: “abre os olhos (dizendo o nome do amigo)”. Nesse sentido, a situação descrita demonstra que a Criança apresentou iniciativa de interação social, compreensão tanto de sentenças simples quanto de sentenças complexas, conseguiu compartilhar interesses e eventos. E, principalmente, possuía noção do “EU”

Estudos vêm destacando, ao longo dos anos, que falhas nas conexões afetivas de crianças com TEA prejudicam o desenvolvimento da autoconsciência, sendo responsáveis pelos *deficits* causados pelo transtorno (HOBSON, 2002; FIORE-CORREIA; LAMPREIA, 2012). Contudo, falar em afetividade pode trazer ideias confusas para os leitores menos familiarizados com abordagem desenvolvimentista,

sobretudo com a teoria socio-afetiva de Kanner, à qual Hobson (2002) deu continuidade. Talvez por isso a confusão com a teoria das “mães geladeiras”, proposta por Bruno Bettelheim.

Não obstante, Wallon (2007) esclarece que o conceito de afetividade na psicologia da criança completa não se relaciona com a definição popular da afetividade enquanto expressão de carinho ou amor, mas se refere a um conjunto de fenômenos psíquicos que são vivenciados e experimentados, sobretudo na forma sua mais inicial e arcaica – a das emoções. A afetividade é o primeiro recurso de interação social do desenvolvimento humano. E é por isso que se constitui como base para a inteligência.

A emoção, a qual Wallon investigou geneticamente e tratou como “elo” puramente emocional (desprovido de razão) da criança com o meio, é o processo responsável pela fundação ou construção do “eu”. É por meio das emoções que o bebê transforma movimentos impulsivos (provenientes da emoção) em movimentos expressivos (provenientes da cognição). Entende-se, por meio da teoria walloniana, que a motricidade é a primeira expressão de comunicação do ser humano. Portanto, não há como não relacionar os dados obtidos na realização desse estudo com uma abordagem que atribui à afetividade e à amotricidade papel fundamental no processo de desenvolvimento.

Na área de **imitação**, no item 11 do PEP-R “enrola a massinha”, a Criança1 demonstrou conhecimento dos movimentos para enrolar massinha de modelar. Porém, a dificuldade em controlá-los, associada a uma aparente ansiedade (angústia/aflição) e movimentos hipercinéticos, dificultava a execução da tarefa. A hiperatividade caracteriza-se por: inquietação e impulsividade excessiva; dificuldades em aguardar instruções; respostas excessivamente rápidas; não avaliar consequências aversivas; dificuldade de autocontrole emocional; desatenção e engajamento reduzido. São as características que mais prejudicam a qualidade das relações sociais, provocando baixo rendimento acadêmico e indisciplina (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; APA, 2014). Do mesmo modo, crianças que apresentam hipercinesia (agitação excessiva, dificuldades para manter-se quieto e dificuldade para controlar o ritmo dos movimentos) tendem a prejuízos semelhantes nas funções sociais e acadêmicas.

Em três itens dessa área (manipula caledoscópio; imita movimentos motores grossos e reage à imitação de suas próprias ações), nas habilidades

pontuadas como emergentes pela Criança2, foi observada falta de foco na execução da tarefa, que interferiu no desempenho da criança nessa área. A falta de foco nas atividades acadêmicas também foi constatada na observação livre.

A Criança1 não apresentou falhas, ou seja, não reprovou em nenhum dos itens que compõem área de **percepção**. No entanto, habilidades emergentes foram apresentadas em relação ao pareamento de cubos coloridos com discos (item 32). A ação da criança, ao se deparar com os blocos coloridos, foi de colocá-los em fila, seguindo um padrão por cores. Esse tipo de comportamento (girar e/ou enfileirar objetos) compõe o Critério B de diagnóstico para o transtorno, segundo o DSM-5 (APA, 2014).

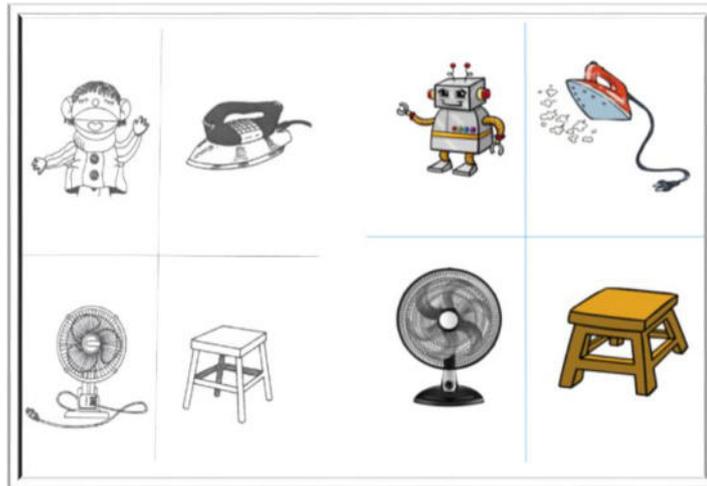
A criança ouviu e se orientou em direção ao som na avaliação do item 35, embora a resposta tenha sido lenta e não houvesse despertado nenhum interesse para o que teria proporcionado o barulho. O fato de a Criança1 não ter apresentado falhas nessa área não sugere erros na aplicação do teste, uma vez que o DSM-5 caracteriza a *desatenção* no TDAH como uma “divagação” em tarefas e não como desorganização ou dificuldade para manter o foco (APA,2014). Portanto, não está relacionado à falta de atenção, como verificado na Criança2, tanto na fase da observação livre quanto na aplicação do teste.

O fato de a Criança2 ter apresentado boa percepção para encontrar objeto Escondido (item 108), mesmo após os copos terem sido misturados, não sugere incoerência na análise feita anteriormente na área de imitação, de que as pontuações de itens emergentes apresentados naquela área estariam mais voltadas à falta de foco na realização da tarefa do que a *deficits* na área de imitação. Porém, a pontuação obtida nesse item é justificada pela habilidade que crianças com TEA geralmente possuem na memorização de números, sequências, listas, notas musicais e outras atividades repetitivas (KLIN, 2006). Ademais, a Criança1 também pontuou “passou” na avaliação desse item.

A Criança1 demonstrou pouco interesse pelo livro de linguagem. Não fixava o olhar nas imagens e folheava várias páginas ao mesmo tempo, em ritmo acelerado. O livro de linguagem passou por adaptações, após a criança participante do plano-piloto ter demonstrado desapego pelas imagens. As adaptações foram feitas após leitura e síntese do estudo de Leon, et al., (2004), que avaliou as qualidades psicométricas do PEP-R, e destacaram a indiferença das crianças pelas imagens descoloridas e pela inadequação de algumas imagens no contexto local. A adaptação

no livro de linguagem foi considerada relevante e obteve resultados positivos na expressão da linguagem receptiva das duas crianças, na área de **desenvolvimento cognitivo**. As figuras 8 e 9 a seguir mostram, do lado esquerdo, as imagens do livro do PEP-R e do lado direito, as adaptações do presente estudo.

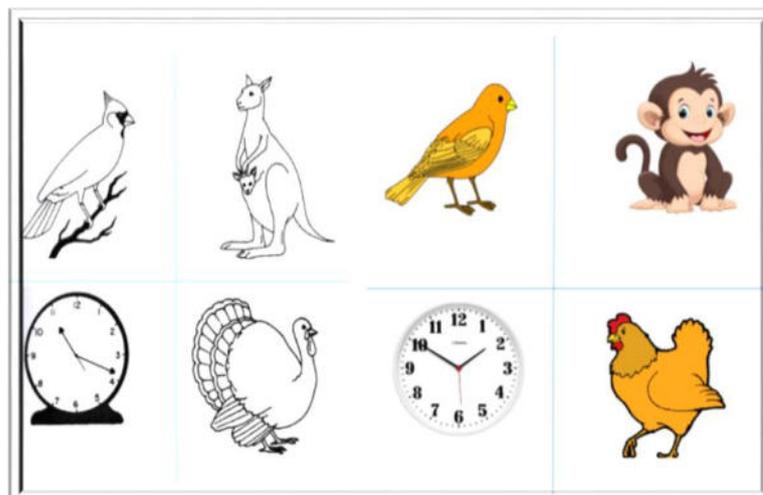
**Figura 8 – Adaptação 1 do Livro de Linguagem**



Fonte: As imagens à esquerda foram extraídas do livro de linguagem do PEP-R. As imagens à direita foram montadas a partir de imagens extraídas do Google Imagem.

No caso da Criança2, a idade de desenvolvimento obtida na área de percepção foi de quatro anos. A idade de desenvolvimento obtida pela Criança1 na área de percepção foi de dois anos e sete meses. Os scores pontuados pela Criança1 nessa área se deram em razão dos *deficits* causados pelo transtorno e/ou possível comorbidade.

**Figura 9 – Adaptação 2 do livro de Linguagem**



Fonte: As imagens à esquerda foram extraídas do livro de linguagem do PEP-R. As imagens à direita foram montadas a partir de imagens extraídas do google imagem.

Na **motricidade fina**, a Criança1 buscou ajuda do avaliador para desenroscar o pote (item1), na intenção de alcançar o objeto favorito. O pote foi vedado de forma a dificultar a abertura pela criança, exatamente para avaliarmos se pediria ou não ajuda. A criança não vocalizou o pedido de ajuda, apenas entregou o pote à avaliadora e aguardou que ela o devolvesse aberto. As habilidades pontuadas como moderadas nos itens que avaliam a tolerância a interrupções e motivação por elogio social foram percebidas tanto na avaliação em contexto de sala de aula e pátio quanto durante a aplicação do teste. Aspectos relacionados à tolerância a interrupções foram relatados, tanto pela mãe da Criança1 quanto pela mãe da Criança2.

Na entrevista de dados sociodemográficos, a mãe da Criança2 relatou problemas na comunicação relacionados a cumprimentos de horários, como na hora do banho. Nesse sentido, é pertinente avaliar se a intolerância e inflexões diárias, citada pela mãe como barreiras na comunicação, e o fato de a criança não gostar de ser contrariada, destacado durante a entrevista, relacionam-se com a rotina de manuseio do celular (hiperfoco?), em ambiente familiar. Essa ação foi classificada pela mãe como habilidade em determinada área. As preferências da criança citadas na entrevista também estavam relacionadas ao manuseio desse objeto.

O hiperfoco descreve um repertório de visualizações ou concentrações mentais muito intensas. Uma fixação obsessiva por objetos que atraem (BARBOZA; LIMA; PORTO, 2018). Pode ser maléfico ou benéfico ao desenvolvimento, sendo muito comum em autismo de autofuncionamento e em crianças com *deficits* de atenção. Em excesso, pode acarretar prejuízos no desempenho de tarefas escolares, de autocuidado e nas relações familiares. A insistência na mesmice causada pelo hiperfoco pode acarretar prejuízos no desenvolvimento social da criança com TEA, além de afetar o desempenho acadêmico (BARBOZA; LIMA; PORTO, 2018).

Dando continuidade à análise da área de motricidade fina, chamou-nos atenção a avaliação do item 84, tanto pelo score pontuado como habilidades “presentes” quanto pela noção de esquema corporal demonstrado pela Criança1. A noção de esquema corporal também foi percebida no item 16 (aponta para as partes do corpo da marionete) e 17 (aponta para as partes do próprio corpo). Esses itens pertencem à área de **desempenho cognitivo**.

**Figura 10** – Noção de esquema corporal (Criança1)

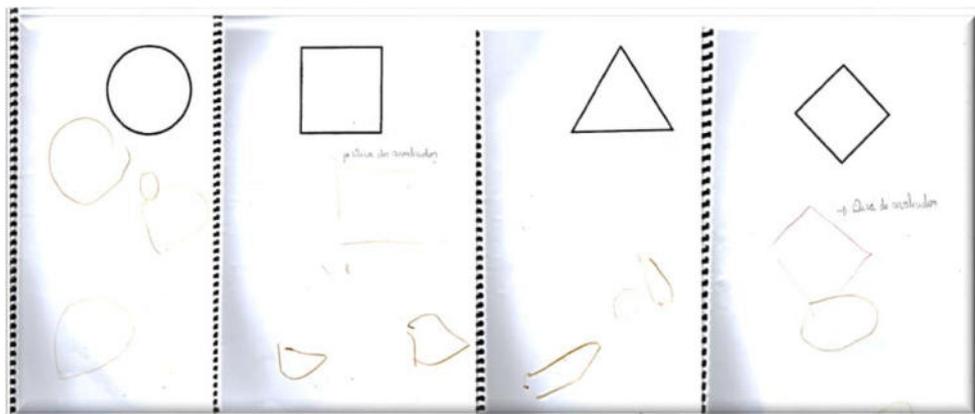


Fonte: Arquivos da autora, 2019

Segundo Wallon (1975), a noção de “esquema corporal” não é um conceito aprendido, mas resulta das experiências e sensações apreendidas por meio do uso que a criança faz de seu próprio corpo. Trata-se, portanto, de uma construção mental indispensável para a formação da personalidade. Por outro lado, a “imagem corporal” resulta das informações sensoriais proporcionadas pelas trocas contínuas entre mãe e filho, nas duas fases iniciais do desenvolvimento.

Retomando a análise da motricidade fina da Criança2, em relação ao escore pontuando no item 84, é verificável que, na fase da observação livre, a criança apresentou dificuldade para segurar o lápis e apoiar a mão sobre o caderno, assim como para cobrir letras e linhas. Essa atividade era feita apenas com auxílio da cuidadora escolar. Ademais, na área **integração olho-mão**, mais especificamente nos itens 75 e 76 (copia quadrado e triângulo), a criança pontuou habilidades “emergentes”, como mostra a figura a seguir.

**Figura 11** – Escrita de formas geométricas (Criança2)



Fonte: Arquivos da autora, 2019

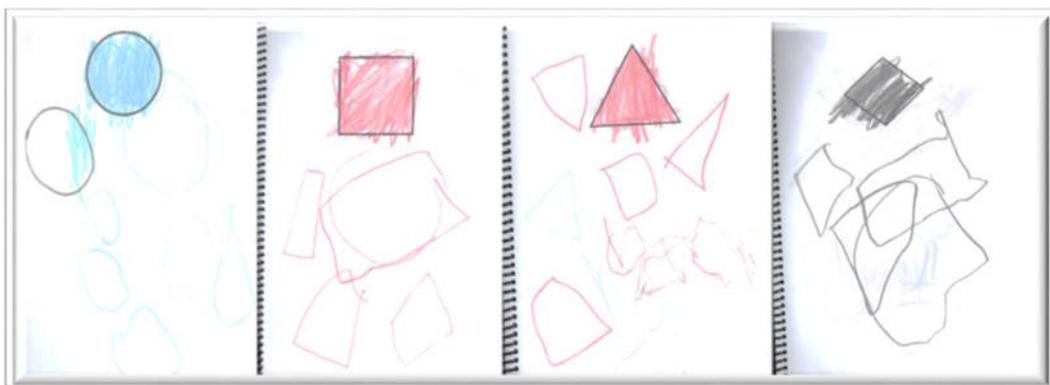
Embora tenha-se pontuado uma lateralidade homogênea, os dados sugerem uma lateralidade atrasada em relação à mão dominante. Na atividade com a massinha de modelar, enquanto modelava um sorvete, a Criança2 utilizou a mão direita como apoio e a mão esquerda para colocar o palito na massinha.

Nas atividades 65 e 66, de retirar e colocar as contas no barbante, a criança mostrou mais habilidade com a mão esquerda, embora a mão direita tenha se mostrado como mão dominante. Observamos *deficits* motores para inserir os cubos no eixo, ainda que a criança tenha executado a tarefa sem auxílio. As observações evidenciaram falhas na habilidade, velocidade, força e precisão da mão dominante. É possível que tais observações expliquem a dificuldade em segurar o lápis e apoiar a mão sobre o caderno, verificadas por meio da observação livre.

Dessa forma, estudos destacam como os *deficits* motores interferem no desenvolvimento cognitivo da criança e apontam a relevância da motricidade no desenvolvimento global (WALLON 2007; FONSECA 2008; LEVIN, 2011; GONÇALVES, 2012).

Quando foram apresentadas, em folhas separadas, as formas geométricas à Criança1, ela apressadamente coloriu o interior da figura, antes que fosse indicado que ela deveria apenas repetir o traçado das formas. O cuidador escolar foi orientado a desenhar a imagem ao lado do círculo para que a criança repetisse a ação. No entanto, ela pegou seu lápis azul e começou a colorir a figura. Então, a orientação foi para que o cuidador desenhasse vários círculos, triângulos, quadrados e losangos em folha separada, desenhando uma forma por vez, para que a criança pudesse observar e repetir a ação em sua própria folha. Dessa forma, a criança desempenhou a tarefa, pontuando habilidades “emergentes”, uma vez que precisou de demonstração para completar a tarefa.

**Figura 12** – Escrita de formas geométricas (Criança 1)



Fonte: Arquivos da autora, 2019

Na área de **desenvolvimento cognitivo**, habilidades emergentes foram pontadas nos itens: na identificação de letras e figuras expressivamente. Embora tenha escrito as letras do alfabeto em sequência de “A” a “Z” durante a fase de observação, apresentou dificuldades para identificá-las, quando apontadas. A criança conseguiu identificar expressivamente pelo menos três imagens do livro de figuras. Uma delas foi o pato, a primeira imagem da sequência de figuras a seguir.<sup>17</sup>

Quando o cuidador perguntava à criança: - “P” com “A”? Ela respondia “PA”. “T” com “O”? A criança respondia “TO”, e como faz? A criança respondia “PATINHO”. Essa situação nos reforça a ideia de que o som das letras é essencial para a alfabetização de crianças neurotípicas, sobretudo daquelas com TEA.

**Figura 13** – Linguagem expressiva (Criança 1)



Fonte: Imagem extraída do Google Imagem

O fato é passível de explicação, uma vez a aquisição da palavra “PATO”, no modelo convencional, pode causar confusão na compreensão dos sons das letras para a formação das palavras. Nesse caso, a criança compreenderia que “P” escreve-se PÊ, portanto “PÊ” + “A” = “PÊA” e não “PA”, enquanto “TÊ” + “O” = “TÊO” e não formaria a sílaba “TO”. Contudo, não foi essa a situação ocorrida com a Criança1. Sua

<sup>17</sup> As imagens foram acessadas a partir dos links abaixo:

Imagem pato: <https://galeria.colorir.com/animais/aves/pato-pintado-por--1485794.html>

Imagem boneca: <https://galeria.colorir.com/jogos/boneca-de-pano-pintado-por--1483056.html>

Imagem palhaço: [https://br.freepik.com/vetores-premium/palhaco-feliz-dos-desenhos-animados\\_2549129.htm](https://br.freepik.com/vetores-premium/palhaco-feliz-dos-desenhos-animados_2549129.htm)

Imagem bola: <https://pt.dreamstime.com/ilustra%C3%A7%C3%A3o-stock-bola-de-futebol-dos-desenhos-animados-do-vetor-%C3%BAnica-image77735353>

atitude pode estar relacionada ao hábito que se perdura na alfabetização de crianças: o de falar algumas palavras no diminutivo.

Seria demasiadamente longo e cansativo destacar, no presente estudo, a síntese da avaliação de todos os itens e áreas da Escala de Comportamento e da Escala de Desenvolvimento das duas crianças. Somando as duas escalas, seriam 11 áreas e 174 itens a serem analisados. Contudo, no relatório apresentado às mães, professoras e cuidadores escolares, foi possível expor detalhadamente cada área avaliada.

O relatório da Criança1 se apresentava com 31 laudas e o relatório da Criança2, com 26 laudas, até a data da comunicação dos dados com os participantes da pesquisa. É possível que esses dados sejam utilizados em estudos posteriores.

O estudo compreende que, determinando suas bases teórico-metodológicas, objeto e objetivos, torna-se objeto de pesquisa e, por esse mesmo motivo, está sujeito à refutação de seus dados, análises e conclusões.

Em razão de suas bases teóricas, pretende contribuir com a realização de outros estudos que investiguem o desenvolvimento da Competência Social em crianças com TEA, sejam fundamentados em teorias do desenvolvimento, como a Teoria Psicogenética de Wallon, sejam por teorias de explicação para o transtorno. Destacam-se ainda contributos da Psicologia Social, por meio da abordagem de Treinamento das Habilidades Sociais (TSH).

O estudo apresentou algumas limitações. A primeira e a mais expressiva delas foi a mudança de escola da Criança1, com a aprovação para o 1º ano do Ensino Fundamental. A mudança de escola e de professores, inicialmente, causou algum desconforto e preocupação, que foram minimizados com aceitação dos novos professores na colaboração com a pesquisa.

A decisão em manter a Pré-escola como local para aplicação do teste relacionou-se com os seguintes motivos: (1) por se tratar da antiga escola da Criança1 e por considerar-se que seria um ambiente que não causaria estranhamento, uma vez que a literatura sugere que a passagem de um contexto social para outro nem sempre é tranquila (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005); (2) porque ficava mais próximo à sua residência; (3) porque a Criança2 ainda era estudante daquela escola.

Vale ressaltar que as limitações contribuíram para as análises dos dados, uma vez que foram observadas mudanças expressivas no comportamento da Criança1

com a mudança de escola. Essas mudanças podem ser observadas no “CompeTEA”, produto educacional vinculado ao presente estudo.

Na primeira visita realizada na Escola Ferdinand Gutman (segunda escola da Criança1), também jurisdicionada pela Secretaria Municipal de Educação de Santa Inês, foi observado que o espaço físico era menor do que o da escola anterior. A área do pátio era coberta e as salas possuíam portas. É possível que a estrutura física dessa escola consiga atender melhor às necessidades específicas dessa criança. Logo, levanta-se a proposição de que a escola anterior lhe causava alguma inquietação. Foi assim, desde a fase de observação da pesquisa até a aplicação do teste. A todo instante, a criança saía da sala a correr em direção aos fundos da escola, local de socialização das outras crianças durante o intervalo das aulas e eventos realizados. As visitas foram autorizadas pela gestão, a qual apenas solicitou uma devolutiva do estudo para os demais professores da escola.

Na segunda visita, a Criança1, ao ver a pesquisadora no portão, correu em sua direção e a abraçou. Parecia tê-la reconhecido e estar socialmente mais competente. O abraço foi rápido, como a maioria de suas ações. Em seguida, virou-se em direção ao cuidador, como se não soubesse mais o que fazer depois daquela manifestação de afeto. Naquele dia, a criança manifestava uma expressão mais leve e feliz. A ansiedade social e a dificuldade em manter a persistência e o controle de seus movimentos e ações ainda eram perceptíveis, porém em um nível um pouco mais abaixo daqueles manifestados em datas anteriores e no dia da aplicação do teste.

Na saída, trocou um breve olhar com a pesquisadora. A criança, dentro da escola, a pesquisadora, após o portão, a conversar com o cuidador escolar. A pesquisadora mantinha a porta do carro entreaberta durante a conversa. O olhar fixo da criança para situação parecia compreender o contexto de uma breve partida, embora não expressasse uma palavra ou mesmo fizesse um aceno de despedida.

O relato acima controverte o comportamento da criança durante aplicação do teste, em que os contatos oculares foram pobres, quase inexistentes, assim como as iniciativas de interação social, o que nos leva a avaliar que algo nessa escola foi capaz de melhorar a reciprocidade social da criança, interferindo positivamente na Competência Social. Após as três semanas de observação livre, realizadas durante a segunda e terceira semana do mês de novembro e primeira semana do mês de dezembro, as atividades da pesquisa foram suspensas para não comprometer o calendário escolar, tão pouco as atividades dos professores e tarefas das crianças

que ocorreram durante o período de provas. Por esse motivo, o estudo somente foi continuado no ano seguinte.

A professora da Criança1 passou a ser professora da Criança2, no ano letivo consecutivo. Isso possibilitou a observação da relação dessa professora com as duas crianças. As novas professoras da Criança1 aceitaram colaborar com o estudo e se deslocaram para os lócus da pesquisa, a partir da reunião de comunicação dos dados. É válido resaltar que o apoio da gestão e dos professores da escola Ferdnad Gutman foi essencial para o alcance dos resultados do estudo, bem como para a conclusão do mesmo.

Ressalta-se que a passagem da criança da pré-escola para o ingresso no Ensino Fundamental não foi considerada motivo suficiente para que fosse excluída da pesquisa, uma vez que ainda estava incluída na faixa-etária de avaliação pelo PEP-R, no qual a idade limite é sete anos. Outra limitação refere-se à impossibilidade de reavaliação das crianças por meio do PEP-R, devido ao limite do tempo estipulado entre uma aplicação e outra, presente no manual do instrumento, o qual orienta para o período de, no mínimo, um ano. Os fatos acima pontuados descrevem alguns dos percalços e conquistas do percurso.

Citamos abaixo as limitações e avanços mais expressivos da pesquisa, que estão intimamente ligados aos objetivos específicos:

a) A pesquisa mostrou, por meio das limitações, que a aplicação do teste no presente estudo foi realizada em um ambiente controlado somente no que se refere à administração do tempo de aplicação e dos recursos didáticos que compõem o instrumento, mas não na interferência de fatores que não podem ser controlados. No caso da primeira criança, o principal fator volta-se à possível comorbidade no transtorno. No Caso da Criança2, por recusar-se a participar do teste sem a presença do amigo. Nos dois casos, a estrutura física da sala interferiu na qualidade de aplicação do teste e é possível que tenha influenciado no desempenho das crianças. Contudo, o estudo confiou os dados das duas avaliações anteriores. Logo, a aplicação do teste, por meio do PEP-R, aliado aos demais instrumentos de coleta de dados, foram expressivos na investigação da Competência Social das crianças com TEA.

b) Não foi possível conhecer metodologias capazes de incentivar a Competência Social, com bases curriculares. Ao iniciar as buscas por essas referências em pesquisas, banco de dados, legislações, currículo da Educação Infantil ou em documentos da Educação Especial, feitas por meio de pesquisa eletrônica,

encontraram-se, apenas na nova organização curricular brasileira, as habilidades socioemocionais como partícipe do currículo da Educação Básica. Nesse sentido, foi pontuado na fundamentação teórica do presente estudo que os *deficits* do TEA interferem na estruturação de um quadro sistemático de metodologias de ensino para incentivo de habilidades sociais e desenvolvimento da Competência Social, especialmente na rede regular de ensino. Mas foi possível observar, na mudança de escola, estratégias utilizadas pelas novas professoras da Criança1, que proporcionaram a interação da criança na sala comum, bem como avanços significativos nas habilidades sociais.

c) Em contrapartida, o caderno didático-pedagógico, que é o produto educacional vinculado a esta dissertação de mestrado, descreve os passos da investigação-ação e apresenta os métodos, estratégias e recursos voltados para o desenvolvimento da Competência Social, construídos colaborativamente, sem negligenciar a formação docente. Foi realizado com ênfase nas competências socioemocionais dos colaboradores da pesquisa.

Sobre a inquietação levantada na terceira seção desse estudo, “se para a criança com TEA lhe falta uma Teoria da Mente ou se falta para os intervenientes do processo educativo e demais pessoas empatia para lidar com comportamentos e emoções”, não foi levantada com o propósito de iniciar um debate sobre as bases bem fundamentadas da Teoria da Mente. Contudo, a fundamentação teórica aqui apresentada aprecia o enfoque desenvolvimentista da teoria afetiva. Portanto, é impossível não considerar a multicasualidade do TEA.

Quando o estudo afirma, no início da presente seção, que crianças com TEA possuem perfil de Competência Social relativamente mais baixo quando comparado à Competência Social de seus pares sem o transtorno, não está afirmando com isso que existem instrumentos padronizados capazes de aferir o perfil de Competência Social, mas que existem instrumentos adequados para aferir as habilidades sociais e são utilizados como indicadores da Competência Social. Logo, os resultados do estudo devem-se aos instrumentos apropriados que foram utilizados.

## 6 A INTERVENÇÃO

O Planejamento da intervenção referencia-se no enfoque desenvolvimentista. Para realizar a pesquisa de intervenção na Pré-Escola Mãe Preta, foi solicitada autorização junto à Secretaria Municipal de Educação do Município (SEMED), a qual responde pela educação de estudantes da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental. Abaixo, listam-se os processos necessários para realização da intervenção-ação.

Os processos não estão descritos cronologicamente como foram planejados. Contudo, as descrições referem-se à cronologia de execução. Parte dessas informações estão contidas no produto de pesquisa (em apêndice) para melhor esclarecer o leitor que tiver acesso primeiramente ao produto educacional vinculado à presente dissertação de mestrado.

### 6.1 Primeira fase da intervenção

Nº	Descrição da etapa	Data
01	Assinatura dos termos de consentimento	13/06/2018
02	Fase de Qualificação da Dissertação de mestrado	14/06 a 26/06/2018
03	Autorização para aplicação de pré-teste	11/10/2018
04	Tratamento dos dados do pré-teste	15/10 a 01/11/2018

### 6.2 Segunda fase da intervenção

Nº	Descrição da etapa	Data
05	Entrevista de dados sociodemográficos	08 e 09/11/2018
06	Observação Livre	21/11 a 06/12/2018
07	Início da construção dos relatórios de desenvolvimento	07/11/2018
08	Início das avaliações de encerramento de período letivo	12/11/2018
09	Recesso escolar Adaptação das fichas protocolo e do livro de linguagem do PEP-R	14/12/2018 a 04/02/2019
10	Visitas à Escola Ferdinand Gutman	12, 14 e 18/02/2019
11	Aplicação do Teste por meio do PEP-R	21/02/2019
12	Coleta e tratamento dos dados	22/02/2019 a 04/02/2019

Para investigar a Competência Social da Criança com TEA, o estudo levantou uma série de dados que incluíram aspectos do curso de desenvolvimento, desde o nascimento à aplicação da intervenção. O Perfil de desenvolvimento foi obtido por meio da aplicação do teste com o PEP-R.

### 6.3 Terceira fase da intervenção

13	Encontro para Comunicação dos dados	11/02/2019
14	Ajuste dos relatórios	11/02 a 15/02/2019
15	Análise e interpretação dos dados para planejamento dos encontros de trabalho	18/02 a 04/03/2019

A comunicação foi feita por meio do relatório de desenvolvimento de cada criança, contendo as informações levantadas por meio da observação e da entrevista. Os relatórios foram ajustados, conforme contribuições dos colaboradores.

### 6.4 Rotina de Trabalho

#### 6.4.1 Análise do perfil de Desenvolvimento

Foi escolhida uma das salas onde não havia aula no período de funcionamento da escola. A sala possuía a mesma estrutura das demais: não eram climatizadas e não possuíam portas. Porém, as paredes estavam limpas e agradáveis para aplicação do teste. Foi feita uma adaptação para evitar que estímulos externos tirassem o foco da intervenção. Todo o ambiente foi organizado pedagogicamente para sensibilização e socialização com os pais, professores e cuidadores escolares. Cada colaborador recebeu uma pasta de trabalho, contendo materiais como: caneta, lápis, borracha, folhas de papel e o planejamento dos encontros de trabalho.

#### 6.4.2 Primeiro encontro de trabalho: Sensibilização e Socialização

##### ATIVIDADE 1 – Mobilização Inicial (dinâmica das atitudes)

##### •O que foi feito?

Despertar de competências socioemocionais para incentivo e desenvolvimento da Competência Social.

- **Para que foi feito?**

Relacionar as características dos 4 elementos às qualidades e defeitos das pessoas, respeitar as diferenças, olhar a essência do ser, tanto interior quanto exterior.

- **Como foi feito?**

Os colaboradores tinham que escolher, dentre 4 imagens, uma que representasse sua personalidade ou sentimentos que foram despertados com a imagem naquele momento. Em seguida, deveriam abrir o envelope e retirar a paisagem, representada pelo respectivo elemento (terra, água, fogo, ar). Cada envelope continha duas paisagens diferentes para evitar sínteses semelhantes.

- **Como foi avaliado?**

Questionamentos em grupo:

O que você sentiu durante a dinâmica?

Qual lição você tira dela?

- **Resultados**

Atitudes despertadas: coragem para enfrentar desafios; afeto; compreensão; companheirismo; autoanálise.

## ATIVIDADE 2 – Atividade para socialização

- **O que foi feito?**

Abordou-se a relevância da inclusão de crianças com TEA

- **Para que foi feito?**

Para socializar os vários entendimentos acerca do Transtorno do Espectro Autista e inclusão desses alunos no ensino regular.

- **Como foi feito?**

Os colaboradores escreveram em poucas linhas sua compreensão ou conceito sobre o transtorno e sua opinião acerca da inclusão. Não houve necessidade de identificação, apenas marcar na folha uma das opções entre mãe, professora ou cuidador.

- **Como foi avaliado?**

Em círculo, os colaboradores sobrepuseram as folhas de seus relatos, folha por folha, pressionando levemente no formato de um repolho. Em seguida,

mudaram de posição, alternado os lugares que estavam localizados inicialmente no círculo. Assim, foi iniciado o fatiamento do repolho. Cada participante tirava uma folha para fazer a leitura dos relatos. O momento era aberto para cada um expressar sua opinião.

- **Resultados**

Cada texto escolhido para análise mostra coerência a partir das dificuldades que cada colaborador encontrava no contexto de suas vivências com as crianças com TEA. A mãe, por outro lado, demonstrou mais sensibilidade ao relatar as contribuições da escola no contexto familiar. Nesse sentido, convido o leitor que teve acesso somente ao caderno pedagógico a ler na íntegra as apresentações e análises dos dados do estudo.

#### 6.4.3 Segundo encontro de trabalho: leitura da segunda seção da dissertação

#### ATIVIDADE 1 – Mobilização Inicial

- **O que foi feito?**

Dinâmica: A ilha do tesouro perdido (adaptação)

- **Para que foi feito?**

Avaliar a importância do trabalho colaborativo.

- **Como foi feito?**

Uma caixa contendo dois livros foi posta no centro da sala. Os colaboradores juntaram-se em duplas, ficando em pé sobre uma folha de jornal aberta, sendo uma folha para cada dupla. Os colaboradores deslocaram-se para o centro do círculo em busca do tesouro, mas não poderiam soltar as mãos ou pisar fora do jornal. Ao final, levantamos a reflexão de como ficou o estado da folha após as experiências, que significam as barreiras enfrentadas e marcas deixadas durante o processo.

- **Como foi avaliado?**

Por meio da descoberta de estratégias que envolveram a colaboração do outro na resolução dos problemas.

- **Resultados**

Foi preciso união, apoio, criatividade e colaboração para que o objetivo fosse alcançado.

## ATIVIDADE 2 – Leitura e discussão do texto

- **O que foi feito?**  
Leitura da segunda seção e primeira subseção da dissertação
- **Para que foi feito?**  
Valorizar as contribuições dos colaboradores e significação da pesquisa colaborativa.
- **Como foi feito?**  
Cada colaborador estava livre para ler a quantidade desejada de parágrafos e interromper a leitura, quando achasse conveniente, fosse para levantar questionamentos ou para deixar alguma contribuição.
- **Como foi avaliado?**  
Pela socialização e debate em grupo.
- **Resultados**  
As mães, professoras e cuidadores destacaram essa atitude como importante para compreensão do que as atividades iniciais haviam proposto. Além do conhecimento adquirido nessa etapa, que contribuiu para alguns ajustes da seção.

### 6.4.4 Terceiro encontro de trabalho: devolutiva da Avaliação do Perfil de Desenvolvimento

## ATIVIDADE 1 – Mobilização Inicial

- **O que foi feito?**  
Dinâmica - A caixa de surpresa e o desafio da cabine.
- **Para que foi feito?**  
Avaliar nosso comportamento diante dos desafios.
- **Como foi feito?**  
Dentro de uma caixa decorada sobre o tatame, foram colocadas algumas curiosidades sobre o transtorno (do tipo: você sabia...?) Os participantes deveriam escolher entre enfrentar o desafio da cabine ou abrir a caixa decorada.
- **Como foi avaliado?**

Pela reflexão sobre as curiosidades, que foram lidas em voz alta pela participante que escolheu esse desafio.

- **Resultados**

Ainda que tentemos reconhecer as diferenças, é o belo, o perfeito que nos atrai. Deixamos de experimentar a verdadeira beleza que o “estranhamento” nos causa à primeira vista.

### ATIVIDADE 2 – Devolutiva do Perfil de desenvolvimento

- **O que foi feito?**

Devolutiva do Perfil de desenvolvimento

- **Para que foi feito?**

Para socialização do relatório final e construção de recursos pedagógicos e estratégias de ensino para a Competência Social. Além dos relatórios, os resultados da avaliação por meio do teste (PEP-R) ficaram fixados na parede, a partir do segundo encontro de trabalho.

- **Como foi feito?**

Apresentação da última versão dos relatórios e do perfil das duas crianças fixados em cartaz para visualização das habilidades presentes e emergentes. As crianças eram identificadas apenas como Caso1 e Caso2.

- **Como foi avaliado?**

Atividades escritas para comprovação dos dados obtidos.

Questão: o perfil do desenvolvimento obtido confirma as características comportamentais que a criança apresentava em sala de aula ou em ambiente familiar até a data de aplicação do teste?

- **Resultados**

Relatos dos colaboradores (ver apêndice “A”, produto educacional vinculado à dissertação de mestrado).

#### 6.4.5 Quarto encontro de trabalho: planejamento dos recursos e estratégias

### ATIVIDADE 1 –

- **O que foi feito?**

Construção de recursos e estratégias para a Competência Social.

- **Para que foi feito?**  
Incentivar habilidades da criança, no contexto escolar e familiar.
- **Como foi feito?**  
Com base no perfil de desenvolvimento obtido e intervenções psicoeducacionais.
- **Como foi avaliado?**  
Por meio dos resultados obtidos.
- **Resultados**  
Recursos e estratégias elaborados e apresentados no Produto educacional vinculado à dissertação de mestrado.

#### 6.4.6 Quinto, sexto e sétimo encontros de trabalho

#### ATIVIDADES: Confeção de recursos; elaboração de estratégias; socialização dos recursos

- **O que foi feito?**  
**Construção de recursos e estratégias:** recursos e estratégias construídos em E.V.A, garrafas Pet, cartolinas, ligas elásticas, TNT, barbante, mesa, pneus.
- **Para que foi feito?**  
Para incentivo da Competência Social da criança com TEA
- **Como foi avaliado?**  
Por meio da interação e sociabilização entre pais, professores, cuidadores escolares e principalmente pelas crianças com TEA participantes da pesquisa.
- **Resultados**  
Produto Educacional vinculado à dissertação de mestrado.

## 7 CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi investigar a Competência Social de crianças com Transtorno do Espectro Autista, a partir da avaliação do desenvolvimento realizada por meio de três instrumentos já destacados: (1) entrevista de dados sociodemográficos e de desenvolvimento da criança; (2) observação livre e (3) aplicação de teste com o PEP-R. Os instrumentos, aliados à fundamentação teórica, proporcionaram a crítica acerca do desenvolvimento da Competência Social, que se inicia com o nascimento da criança e se estende pelo resto da vida. Logo, o primeiro instrumento utilizado permitiu relacionar o perfil da Competência Social, obtido com aspectos do desenvolvimento no contexto familiar e os reflexos no contexto escolar.

O segundo instrumento utilizado permitiu levantar os *deficits* e as habilidades sociais das crianças, nos momentos de intervalo e atividades em sala de aula, bem como observar aspectos do comportamento que pudessem se somar às informações levantadas com o terceiro instrumento que foi o PEP-R. Os principais resultados revelam *deficits* relacionados às funções motoras em todas as áreas da Escala de Perfil de Desenvolvimento, evidenciando atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor das duas crianças.

Os resultados obtidos por meio dos três instrumentos confirmam o que diz o embasamento teórico e as referências utilizadas no presente estudo, ou seja, que o desenvolvimento da Competência Social sofre influência de fatores genéticos, ambientais e culturais que, conseqüentemente, interferem no desenvolvimento humano. O terceiro instrumento poderia apenas sugerir o perfil de desenvolvimento das duas crianças com base no desempenho obtido nas 4 áreas da escala de comportamento e 7 áreas da escala de desenvolvimento. Contudo, os dados das duas escalas nos revelam o Perfil de Competência Social de cada criança, com foco nas áreas mais afetadas, inclusive nas áreas da escala de comportamento. O papel dos outros dois instrumentos nesse contexto foi de analisar criticamente as influências e interferências desses *deficits* nos dois contextos em que foram envolvidos (familiar e escolar).

As conclusões do presente estudo focaram-se nas falhas evidenciadas nas habilidades sociais e cognitivas das crianças, em razão de o produto educacional ter feito abordagem diferente, ou seja, com foco nas habilidades presentes e emergentes, e não nos *deficits*. Os dados sugerem atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor

referente às duas crianças, uma vez que a expressividade dos *deficits* motores interfere na aquisição de habilidades sociais e cognitivas.

De qualquer forma, os dados da Criança2 sugerem *deficits* nas variações das habilidades motoras da área integração olho-mão, a saber: (1) óculo-manual, que se refere à acuidade visual estática; (2) e visoespacial, que se refere à acuidade visual dinâmica. A primeira é responsável pela harmonia e precisão dos movimentos de escrever, colorir, cortar com tesoura. A segunda, na utilização de músculos amplos e visão ao mesmo tempo. Aqui pode estar a explicação para a escrita da criança aparentemente “mais socialmente competente” ter se mostrado mais inconsistente em relação à escrita da criança que aparentou ser “socialmente menos competente” na (páginas 86 e 87). E também por ter obtido idade de desenvolvimento muito abaixo da sua idade cronológica e da idade de desenvolvimento obtida pela Criança1.

Os dados da Criança1 revelam *deficits* expressivos em todas as áreas da escala de desenvolvimento. E, portanto, compreende-se que tais falhas provocaram a transitoriedade dos comportamentos manifestados durante a observação livre e aplicação do teste. Sobretudo, contribuíram para o Perfil de Desenvolvimento obtido. Esta observação permite considerar que, pela idade de desenvolvimento cronológica e idade de desenvolvimento obtida, a criança ainda está formando o seu “eu”, ou seja, ela possui noção de esquema corporal (como mostra a figura 10 da página 89), porém não possui a percepção de imagem corporal, que permite a construção do *self*. Isso explica a atitude da criança, ao ver sua imagem refletida no espelho.

Consideram-se, assim, os imperativos na reflexão e concretização de ações no contexto escolar que atribuam igual valor ao incentivo de habilidades sociais e competências socioemocionais necessárias para formar indivíduos socialmente competentes. Assim, o currículo escolar, em especial da educação infantil, estaria voltado ao processo inclusivo para suprir as necessidades específicas de crianças com e sem deficiência. O foco nesse sentido estaria voltado para o desenvolvimento global de pré-escolares. As preocupações com o sucesso que os alunos devem alcançar para a vida social e para o mundo do trabalho, bem como das pretensões avaliativas de governos e organizações multilaterais, ficariam para as demais etapas da Educação Básica.

A partir dos resultados encontrados, costata-se que o perfil de desenvolvimento da Competência Social apresentado por cada criança do presente estudo está imbricado na motricidade em sua dimensão afetiva (emoção) e práxia

(cognição), o que respalda os indícios de falhas nas conexões afetivas como *deficits* primários no transtorno.

Assim, foi priorizado um estudo que, além de produzir evidências científicas, instiga a realização de novos estudos nessa área.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.

BACKES, Bárbara; ZANON Regina Basso; BOSA, Leonice Alves. A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. **CoDAS**. Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 268-73. 2013.

ANDERSON, A.; MOORE, D. W.; GODFREY, R; FLETCHER - FLINN, C. M. Social skills assessment of some children with autism in free-play situations. **Autism: the international journal of research and practice**, v. 8, n. 4, p. 369-385. 2004.

Baron-Cohen, S. Theory of mind and autism: A fifteen year review. Em S. In: Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (Orgs.), **Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience**. London: Oxford University Press. pp. 3-20, 2000.

BAIO, Jon., et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. **MMWR**. EUA, v. 67, n. 6. 2018.

BARBOZA, Reginaldo José; LIMA, Natália Cardoso; PORTO, Erica Elaine. O processo de inclusão e a aprendizagem do aluno com Síndrome de Asperger. **Revista científica eletrônica da pedagogia**, São Paulo, ano XVII, n. 20, p. 1-18. 2018.

BLACHER, J.; LAUDERDALE-LITTIN, S.; HOWELL, E. Educational Placement for Children with Autism Spectrum Disorders in Public and Non-Public School Settings: The Impact of Social Skills and Behavior Problems. **Social Skills and Behavior Problems**. California; Massachusetts, v. 48, n. 4, p. 469-478. 2013.

BRASIL, Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva inclusiva**. Brasília, DF: Secretaria de Educação Especial, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância à Saúde. 2010.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

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

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Básica. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da criança menino**. 11. ed. Brasília, DF: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2017.

BRIGGS, J. **The enduring fortress**: The influence of Bruno Bettelheim in the politics of autism in France. *Modern Intellectual History*. p. 1-29. 2019.

BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano**. Tornando os seres humanos mais humanos. São Paulo: Artmed, 2012.

CARDOSO, Nádia Catarina Ferreira. **Modelo TEACCH**: Intervenção em crianças com PEA. Estudo de Caso. 2014. 226 p. Dissertação (Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor) – Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras. Viseu, Portugal. 2014.

CAMARGO, Siglia Pimenta Höher; BOSA, Cleonice Bosa. Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: um estudo de caso comparativo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.28, n.3, p.315-324, jul. /set. 2012.

CAMARGO, Siglia Pimenta Höher; BOSA, Cleonice Bosa. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicologia e Sociedade**. Florianópolis, vol. 21, n.1, p. 65-74, jan/abr. 2009.

CARVALHO, Claudio Seal. **Competências Sociais de crianças em idade escolar e sua relação com a experiência de creche**. 2006. 84 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Bahia, 2006.

COMODO, Camila Negreiros; DIAS, Talita Pereira. Habilidades sociais e competência social: Analisando conceitos ao longo das obras de Del Prette e Del Prette. **Interação em Psicologia**. Paraná, v. 21, n. 2, p. 97-106. 2017.

COUPER, Llyween; SUTHERLAND, Dean, BYSTERVELDT, Anne Van. Children with Autism Spectrum Disorder in the Mainstream Playground. **Weaving educational threads. Weaving educational practice**. Kairaranga, v.1, n. 14, p. 25-31. 2013.

CUNHA, Eugenio. **Autismo e inclusão**: psicopedagogia práticas educativas na escola e na família. 6 ed. Rio de Janeiro: Wak Ed. 2015. 140 p.

Czech, H. Hans Asperger, National Socialism, and “race hygiene” in Nazi-era Vienna. **Molecular Autism**. Viena, v. 9, n. 29, p. 2-43. 2018.

DIAS, SANDRA. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v.18, n. 2, p. 307-313, jun. 2015.

DONVAN, John; ZUCKER, Caren. **Outra sintonia: a história do autismo**. 1a ed. Tradução Luiz A. de Araújo. São Paulo: Companhia das Letras. 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. (Orgs.). **Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. (Orgs.). **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2006.

DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. (Orgs.). **Psicologia das habilidades sociais na infância**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2005.

DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A. Desenvolvimento interpessoal e educação escolar: o enfoque das habilidades sociais. **Temas em Psicologia**. São Paulo. v.6, n.3, p. 205-215. 1998.

EGG, Ezequiel Ander. **Repensando la Investigación-Acción – Participativa**. México: El Ateneo, 1990

EISENBERG, Nancy; MILLER, Paul. A. Empathy, sympathy, and altruism: Empirical and conceptual links. In: EISENBERG, Nancy; STRAYER Janet. (Orgs.). **Empathy and its Development**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 292-316, 1990.

ELDER, Glen. H., Jr. The life course and developmental Theory. Society for Research in Child Development. **Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development**. New Jersey, v. 69, n. 1, p. 1-12. 1998.

EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION. **Special Needs Education in Europe**. Thematic Publication: Eurydice, 2006.

FOMBONNE, ERICK. Modern Views of Autism. **Canadian Journal of Psychiatry**. Canadian, v. 48, n. 8, p. 503-505. 2003.

FONTANARI, Anna Martha Vaitses; VAITSES, Vivian Denise Cazerta, Pervasive development disorder explained by the theory of executive dysfunction: case study. **Psychology & Neuroscience**. Rio de Janeiro. v. 4, n. 2, p. 285-287. 2011.

FONSECA, Vítor da. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IORE-CORREIA, Olivia; CAROLINA, Lampreia. A conexão afetiva nas intervenções desenvolvimentistas para crianças autistas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, vol. 32, n. 4, pp. 926-941, 2012.

FRANCO, V. **Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança com a família, na comunidade, em equipe**. Évora: Aloendro, 2015.

GAVA, Fabiana Goveia; ROCHA, Milena Trude Lima Giacomel da; GARCIA Vanessa Ferreira. Pesquisa Colaborativa em Educação. **Ensaio Pedagógico**. Sorocaba. v. 2, n. 1, jan./abr, p. 73-80. 2018.

GIALLORETI, L. E., et al. Risk and protective environmental factors associated with autism spectrum disorder: evidence-based principles and recommendations. **Journal of Clinical Medicine**. Suíça, v. n. 217, p. 3-23. 2019.

GONÇALVES, Inês Alexandra Moreira. **A psicomotricidade e as perturbações do espectro do autismo no centro de recursos para a inclusão da appda-lisboa**. 2012 258 p. – Dissertação Mestrado (Mestrado em Reabilitação Psicomotora) – Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa, 2008.

GRIESI-OLIVEIRA, Karina; SERTIÉ, Andréa Laurato. Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. **Einstein**. São Paulo, v. 15, n. 2, abr./jun p. 233-238. 2017.

GUPTA, Abha R; STATE, Matthew W. Autismo: Genética. **Rev Bras Psiquiat**. São Paulo, v.28 supl.1. 2006.

HADJKACEM, Imen., et al. **J Pediatría**. Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, p. 595-601. 2016.

HECKE, Amy Vaughan Van Hecke. et al. Infant Joint Attention, Temperament, and Social Competence in Preschool Children. **National Institute of Health**. v. 78, n. 1, p. 53–69. 2007.

HERBERT, James D.; SHARP, Ian R.; GAUDIANO, Brandon. Separating fact from fiction in the etiology and treatment of autism: A scientific review of the evidence. Scientific Review of Mental Health Practice. **SRMHP**. Atlanta, v. 1, n. 1p. 1-37. 2016.

HOBSON, R. P. **The cradle of thought**. London: Macmillan. 2002.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes 1987.

IBGE. Censo Demográfico – 2010: **Características da população e dos domicílios. Resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IBIAPINA, I.M.L.M. BAINDEIRA I.M.M. **Pesquisa Colaborativa: multirreferenciais e práticas convergentes**. Piauí: UFPI, 2016.

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

KIQUIO, Thaís Cunha de Oliveira; GOMES, Karin Martins. O estresse familiar de crianças com transtorno do espectro autismo – TEA. **Revista de Iniciação Científica – UNESC**. Criciúma, v. 16, n. 1, p. 1-12. 2018.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Rev Bras Psiquiat**. São Paulo, v.28 supl.1, 2006.

LAMPREIA, Carolina. Avaliações quantitativa e qualitativa de um menino autista: uma análise crítica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 57-65, jan./jun. 2003.

- LAMPREIA, Carolina. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 111-120. 2004.
- LAMPREIA, CAROLINA. et al. As falhas na emergência da autoconsciência na criança autista. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 22 n. 2, p. 99-121. 2010.
- LA TAILLE DE, Yves; OLIVEIRA, Marta Kohl de. **Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992.
- LEON Viviane de; BOSA Cleonice, HUGO Cristina; HUTZ Claudio S. Propriedades Psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. **Avaliação Psicológica**. Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 39- 42, jun. 2004.
- LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Tradução de Julieta Jerusalinsky. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- MACHADO, J. D. Principais mudanças nos transtornos de crianças e adolescentes. In Rey JM (ed), **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health**. Tradução de Letícia Tomaz Oliveira e Luciano da Silva Quadros. Genebra: 2015.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- MARFINATI, Anahi Canguçu; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Um percurso pela psiquiatria infantil dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 19, n. 2, mai. /ago. p. 244-262. 2014.
- MELEVAL. Jean Claude. Porque a hipótese de uma estrutura autística? **Opção lacaniana**. Ano 6, n.18, p. 1-40. 2015.
- MOITA, Eleonora Andrelina. **A inclusão de uma criança com TEA na educação pré-escolar: que respostas educativas se esperam...um estudo de caso**. 2016. 378 p. – Dissertação (Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor) – Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra, 2018.
- MUNDY, P.; FRAÇOISE, A. Joint Attention, Social Engagement, and the Development of Social Competence. In: MARSHALL, Peter J.; FOX, Nathan A. **The Development of Social Engagement: Neurobiological Perspectives**. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- OLIVEIRA, Luddi Luiz de. et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 479-485. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, D.R. **Desenvolvimento humano**. Tradução de Daniel Bueno. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAPALIA, D.E.; FELDMAN, D.R. **Desenvolvimento humano**. Tradução de Daniel Bueno. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PIAGET, Jean. **Desenvolvimento e aprendizagem**. Porto Alegre: UFRGS/FACED/DEBAS, 1995.

PIERCE, Karen., et al. Evaluation of the diagnostic stability of the early autism spectrum disorder phenotype in the general population starting at 12 months. **Jama Pediatrics**. Califórnia, v.173, n.6, p. 578-587. 2019.

PINTO, T. M., et al. Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 93, n.5, p. 452-459. 2017.

SANTOS, Maristela Volopes dos., et al. Competências Socioemocionais: Análise da Produção Científica Nacional e Internacional. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. Minas Gerais, v.11, n.1, p. 04-10, 2018.

SANDIN, SVEN. The Heritability of Autism Spectrum Disorder. **Jama Pediatrics**. Califórnia, v. 318, n.12, p. 1182-1184. 2017.

SANINI, Claudia; SIFUENTES, Maúcha; BOSA, Cleonice Alves. Competência Social e Autismo: O Papel do Contexto da Brincadeira com Pares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 29, n.1, p. 99-105, jan/mar. 2013.

SCHOPLER, E.; LANSING, M. D.; REICHLER, R. J.; MARCUS, L. M. **Psychoeducational Profile: TEACCH individualized assessment for children with autism spectrum disorders**. 3ed. Austin, TX: Pro-Ed, Inc. 2005.

SCHWARTZMAN, José Salomão. Síndrome de Rett. **Rev Bras Psiquiat**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 110-113. 2002.

SHEFFER, E. **Asperger's children**. The origins of autism in Nazi Vienna. New York: WW Norton e Company, 2018.

SILBERMAN, Steve. O autismo visto como complexa e heterogênea condição. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v, 27, n.2, p. 375-380. 2017.

SILVA, Regina Claudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**. v.17, n.4, p.263-285. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Transtorno do Espectro do Autismo. **Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento**. Rio de Janeiro, 2019.

TOGASHI, C.M.; WALTER, C.C.F. As Contribuições do uso da Comunicação Alternativa no Processo de inclusão escolar de um aluno com Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, v. 22, n. 3, p. 351-366, jul. /set. 2016.

THIOLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNESCO. **Relatório de monitoramento global da educação – Educação para as pessoas e o planeta: criar futuros sustentáveis para todos**. Paris, França, 2016.

UNESCO. **Relatório de monitoramento global da educação 2017/2018: – Responsabilização na educação: cumprir nossos compromissos**. Paris, França, 2017.

UNESCO. **O Relatório de monitoramento global da educação 2019 – Migração, deslocamento e educação: construir pontes, não muros**. Paris, França, 2018.

USHER, Lauren V. et al. Social Competence with an Unfamiliar Peer in Children and Adolescents with High Functioning Autism: Measurement and Individual Differences. **Res Autism Spectr Disord**. v. 1, n 17, p. 25–39. 2016.

VIGOTSKI, L. S. **A formação Social da Mente**. COLE, Michael; STEINER, Vera Jhon; SCRIBNER Sylvia; SOUBERMAN, Ellen (Orgs.). Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto e Solange Castro Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WALLON. Henri. **A evolução psicológica da criança**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes. 2007.

WALLON. Henri. **Psicologia da Educação e da Infância**. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa, 1975.

WHALON, K. J; CONROY, M. A; MARTINEZ, J. R; WERCH, B. L. School-based peer-related social competence interventions for children with autism spectrum disorder: A meta-analysis and descriptive review of single case research design studies. **Journal of autism and developmental disorders**. Switzerland, v. 45, n. 6, p. 1513-1531. 2015.

WING, L. Asperger's syndrome: a clinical account. **Psychol Med**. EUA, v. 11. n. 1, p. 115-129. 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Autism spectrum disorders & other developmental disorders From raising awareness to building capacity**. Geneva, Switzerland, 2013.

ZANOLLA, Thais Arbocese. et al. Causas genéticas, epigenéticas e ambientais do transtorno do espectro autista. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. v. 15, n. 2, p. 29–42. 2015.

ZAQUEU, Livia da Conceição Costa. Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.15, n.3, p. 293-302, jul. /set. 2015.

ZEPPONE, Silvio Cesar; VOLPON Leila Costa, DEL CIAMPO, Luiz Antonio. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria** v.30, n.4, p. 594-599, jul. 2012.

APÊNDICE A – PRODUTO DE PESQUISA VINCULADO À DISSERTAÇÃO DE  
MESTRADO

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ENSINO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

*Compe*TEA

Intervenções pedagógicas  
para a Competência Social de  
pré-escolares

Produto Educacional Vinculado à Dissertação de Mestrado

Autora: Emanuelle Santiago Monteiro Leite  
Orientadora: Dra. Livia da Conceição Costa Zaquau

São Luís  
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ENSINO DA EDUCAÇÃO BÁSICA

# *Compe*TEA

---

Intervenções pedagógicas  
para a Competência Social de  
pré-escolares

---

Produto Educacional Vinculado à Dissertação de Mestrado

Autora: Emanuelle Santiago Monteiro Leite  
Orientadora: Dra. Livia da Conceição Costa Zaqueu

São Luís  
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE  
ENSINO DA EDUCAÇÃO BÁSICA



# CompeTEA

Intervenções pedagógicas para a  
Competência Social de pré-escolares

Produto Educacional Vinculado à Dissertação de Mestrado

**Autora:** Emanuelle Santiago Monteiro Leite  
**Orientadora:** Livia da Conceição Costa Zaqueu

São Luís  
2019

# Agradecimentos

À Universidade Federal do Maranhão, reservo minha profunda gratidão por ter-me aberto as portas para a concretização do sonho de estudar nessa instituição de referência no ensino superior no estado do Maranhão.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica (PPGEEB), no nome do professor Dr. Antonio de Assis Cruz Nunes, coordenador do Mestrado profissional em educação.

À orientadora, Professora Dra. Livia da Conceição Costa Zaqueu, pela dedicação. Por assegurar as condições de aprendizagem e intercâmbios na aquisição de novos conhecimentos e experiências.

Aos professores do PPGEEB, que acompanharam minha trajetória durante o mestrado profissional, sou grata por terem me proporcionado ricas aprendizagens.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), que custeou o desenvolvimento da pesquisa por meio do edital FAPEMA nº 17/2017 - teses e dissertações, programa de apoio à elaboração de dissertação ou tese.

Agradeço à Secretaria Municipal de Educação do município de Santa Inês - MA (SEMED), notadamente à Secretária de Educação, Maria do Carmo Gama, e à coordenadora da Educação Especial do município, Evanildes da Silva, pelo acolhimento às pesquisadoras. Aos gestores da Pré-Escola Mãe Preta e da Escola Ferdinand Gutman. E aos professores e cuidadores/tutores educacionais de crianças com TEA das duas escolas referenciadas.

Às mães das crianças com TEA, que nos apoiaram, sendo nossa fonte de inspiração na criação de uma proposta de ensino para incentivo da Competência Social de seus filhos, para além do ambiente escolar.

Sou grata especialmente aos meus pais, ao meu esposo, à minha filha, Emilly Victória, e aos meus irmãos. Todos continuamente preocupados e envolvidos com minha formação humana e docente.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>VERIFICAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DE CONCEITOS.....</b>	<b>118</b>
<b>1.1</b>	<b>ANÁLISE DE TEXTO.....</b>	<b>122</b>
<b>2</b>	<b>O QUE É O PEP-R?.....</b>	<b>123</b>
<b>3</b>	<b>PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>124</b>
<b>3.1</b>	<b>PROCESSOS E PROCEDIMENTOS: PRÉ-INTERVENÇÃO.....</b>	<b>125</b>
<b>3.2</b>	<b>PRIMEIRA FASE DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>125</b>
<b>3.3</b>	<b>SEGUNDA FASE DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>125</b>
<b>3.4</b>	<b>TERCEIRA FASE DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>126</b>
<b>4</b>	<b>PLANEJAMENTO DOS ENCONTROS DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>127</b>
<b>4.1</b>	<b>ROTINA DE TRABALHO.....</b>	<b>128</b>
<b>4.1.1</b>	<b>ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE.....</b>	<b>129</b>
<b>4.1.2</b>	<b>PRIMEIRO ENCONTRO: SENSIBILIZAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO.....</b>	<b>130</b>
<b>4.1.3</b>	<b>SEGUNDO ENCONTRO DE TRABALHO.....</b>	<b>133</b>
<b>4.1.4</b>	<b>TERCEIRO ENCONTRO DE TRABALHO.....</b>	<b>135</b>
<b>4.1.5</b>	<b>QUARTO ENCONTRO DE TRABALHO.....</b>	<b>138</b>
<b>4.1.6</b>	<b>QUINTO E SEXTO ENCONTRO DE TRABALHO.....</b>	<b>140</b>
<b>4.1.7</b>	<b>RECURSOS CONFECCIONADOS.....</b>	<b>141</b>
<b>4.1.8</b>	<b>SÉTIMO ENCONTRO DE TRABALHO.....</b>	<b>142</b>
<b>5</b>	<b>SOCIALIZAÇÃO DOS RECURSOS.....</b>	<b>143</b>
<b>5.1</b>	<b>RESULTADOS ALCANÇADOS.....</b>	<b>144</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>146</b>

## A apresentação

Caro leitor,

CompeTEA: intervenções Pedagógicas para a Competência Social de pré-escolares é parte integrante da dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica (PPGEEB), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

É resultado da pesquisa com foco colaborativo, intitulada COMPETÊNCIA SOCIAL EM PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: Um estudo de intervenção no município de Santa Inês/MA, orientada pela Professora Dra. Livia da Conceição Costa Zaquieu.

CompeTEA é um instrumento pedagógico que apresenta os passos da investigação-ação realizada em uma escola jurisdicionada pela Secretaria Municipal de Educação, da cidade de Santa Inês/MA. Nesse sentido, o título dado ao produto final tem como foco o objeto de estudo.

A perspectiva é orientar famílias, professores e cuidadores escolares a conhecer aspectos da Competência Social de crianças com TEA. Sobretudo das habilidades sociais que se fazem presentes. E ajudá-las na aquisição de outras que se mostrarem emergentes, a partir das vivências e interações interpessoais possibilitadas pelo processo educacional.

O caderno Pedagógico não se constitui um manual, cartilha, receituário ou supracitado metodológico. Apenas traz uma gama de informações necessárias aos intervenientes do processo educativo, e sociedade em geral, acerca do estudo que investigou a Competência Social em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a partir da avaliação do desenvolvimento.

Consideramos inicialmente que habilidades sociais devem ser incentivadas o mais precocemente possível, para que os *deficits* típicos do Transtorno do Espectro Autista sejam minimizados. Incentivá-las tardiamente dificulta a aquisição de um

repertório de habilidades necessárias para o desenvolvimento da Competência Social. Foi o que as estratégias elaboradas colaborativamente permitiram concluir.

**Olá!**

**Seja bem-vindo (a)!**

**Que tal significarmos o propósito pedagógico do CompeTEA?**

**Antes de iniciarmos a apresentação dos passos da investigação-ação, precisaremos verificar e socializar alguns conceitos.**

**Está preparado (a)?**

*A **Competência Social** é considerada como indicador eficiente de ajustamento psicossocial e de perspectivas positivas para o desenvolvimento (Del Prette; Del Prette, 2005). Para que a criança alcance um desempenho social satisfatório, ela precisa desenvolver um repertório refinado de habilidades sociais, uma vez que se correlaciona com alguns fatores do funcionamento adaptativo.*

## 1 VERIFICAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DE CONCEITOS

O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento que compromete as funções sociais da criança.

Nesse sentido, é interessante sabermos o que caracteriza um desenvolvimento atípico e por que o TEA é um Transtorno do Neurodesenvolvimento.

É possível sabermos mais acerca dos sinais atípicos (incomuns) do desenvolvimento em bebês, por meio do estudo ao qual este produto educacional está vinculado. A observação desses sinais é essencial para o diagnóstico precoce do transtorno, e principalmente para a intervenção precoce.

### ATIVIDADE DA CURIOSIDADE

Analise as proposições abaixo. Em seguida, pinte as carinhas abaixo de acordo com seus conhecimentos ou intuição.



- ✓ A Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett estão incluídas no grupo de spectrum que constitui o TEA.



- ✓ Existem documentos que apontam o envolvimento de Hans Asperger (médico que descobriu a síndrome) no envio de crianças para a eutanásia.







Leo Kanner, médico que cunhou o termo “autismo” na literatura científica, após ter estudado 8 meninos e 3 meninas com idade entre 2 e 8 anos com o transtorno, vem sendo historicamente responsabilizado pela difusão da “teoria das mães frigoríficas”. Por isso, teria se desculpado publicamente por ter relacionado as causas do transtorno à frieza maternal.

3. Você concorda com essa proposição? Justifique sua resposta.

4. Se você é pai/mãe, professor ou cuidador de criança com TEA ou apenas ficou interessado por este material, é possível que tenha suspeitas de alguns fatores de risco para o transtorno considerando suas vivências e experiências. Vale ressaltar que fatores de risco não se constituem em causas para o TEA. Dessa forma, você poderia citar um ou mais fatores que considera como risco para o transtorno? Se preferir, comente sua resposta.

5. Você concorda com essa proposição? Justifique sua resposta.

6. Se você é pai/mãe, professor ou cuidador de criança com TEA ou apenas ficou interessado por este material, é possível que tenha suspeitas de alguns fatores de risco para o transtorno considerando suas vivências e experiências. Vale ressaltar que

## 1.1. ANÁLISE DE TEXTO

Wallon (2007) afirma que a cognição somente pode emergir por meio da afetividade. A afetividade é para ele um dos aspectos centrais do desenvolvimento. O teórico atribui ao “ato motor” papel igualmente fundamental, uma vez que, nos dois primeiros estágios do desenvolvimento, o ato motor se manifesta em duas dimensões: afetiva (emoção) e práxia (cognição).

No primeiro estágio, impulsivo-emocional, o bebê age prioritariamente pela emoção, no sentido de ter suas necessidades atendidas. Nesse estágio, a principal forma de comunicação é o choro, o qual geralmente é motivado por espasmos dolorosos manifestados pelo próprio organismo em amadurecimento. A passagem dessa fase para a seguinte (sensório-motor e projetivo) é marcada por conflitos que envolvem o “ato motor”. Por isso, se uma criança possui dificuldades na execução do ato motor, terá dificuldades na passagem para o próximo estágio, o qual depende do desenvolvimento da marcha, sorriso social, atenção compartilhada, vocalização e outras habilidades sociais necessárias para o desenvolvimento da Competência Social.

A Competência Social é considerada como indicador eficiente de ajustamento psicossocial e de perspectivas positivas para o desenvolvimento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Para que a criança alcance um desempenho social satisfatório, ela precisa desenvolver um repertório refinado de habilidades sociais, uma vez que se correlaciona com alguns fatores do funcionamento adaptativo.

A literatura esclarece que os lugares mais propícios para o desenvolvimento da Competência Social na infância são as duas primeiras instituições sociais às quais a criança tem acesso – a família e a escola. Por isso, a necessidade para que sejam ambientes saudáveis, afetivos, acolhedores e que, acima de tudo, sejam interativos e favoreçam o desenvolvimento e autonomia da criança (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Por esse motivo, é comum que as habilidades sociais melhorem com o acesso à creche e/ou pré-escola e que professores percebam quais crianças possuem habilidades sociais empobrecidas, assim como alguns pais conseguem perceber sinais de desenvolvimento atípico, ainda que não consigam identificar uma deficiência ou transtorno.

Após ter analisado o texto e os conceitos supracitados, relacione-os à sua prática docente, ao passo que considera de que forma a afetividade pode interferir no desenvolvimento da Competência Social.

## 2 O QUE É O PEP-R?

O PEP-R é um instrumento utilizado para avaliar o perfil de desenvolvimento de crianças com TEA e distúrbios correlatos da comunicação.

Referencia-se no enfoque desenvolvimentista e, portanto, sua abordagem é desenvolvimentista-cognitivista.

Deve ser aplicado preferencialmente em crianças no nível ou abaixo da idade pré-escolar, uma vez que a amplitude cronológica é de 6 meses a 7 anos. A Escala de Comportamento é composta por 43 itens que avaliam 4 áreas: (1) relacionamento e afeto; (2) brincar e interesse por materiais; (3) respostas sensoriais e (4) linguagem. A Escala de Desenvolvimento possui 131 itens que avaliam 7 áreas: (1) imitação; (2) percepção; (3) motora fina; (4) motora grossa; (5) orientação olho-mão; (5) desenvolvimento cognitivo; (5) cognitivo-verbal.



Fonte: arquivos da autora

O Perfil Psicoeducacional Revisado – PEP-R (Psychoeducational Profile Revised- PPR) é um instrumento desenvolvido na Universidade da Carolina do Norte, em Chapel Hill, pelo Dr. Eric Schopler e sua equipe com objetivo de criar um instrumento capaz de identificar padrões irregulares de aprendizagem em crianças com TEA e com transtornos correlatos da comunicação. Com base no PEP-R foi criado um programa pedagógico estruturado conhecido como Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Transtornos Correlatos da Comunicação (Treatment and Education of Children with Autistic Disabilities and Related Communication – TEACCH) (SCHOPLER et al., 1990).

### 3 PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

Este caderno pedagógico se referencia no enfoque desenvolvimentista. Isso implica dizer que tomou como base, para compreensão do objeto de estudo, o desenvolvimento típico<sup>18</sup> (LAMPREIA, 2007). Nesse sentido, o quadro abaixo tanto esclarece as bases teóricas para o planejamento e execução da intervenção quanto orienta para a construção de estudos com outros delineamentos. O quadro foi construído com base nas duas principais abordagens para o TEA<sup>19</sup>.

Enfoque	Desenvolvimentista	Cognitivista
Teoria de explicação para o TEA	Afetiva ou socioafetiva	Teoria da Mente
Terapia/tratamento (ou abordagem)	Desenvolvimentista-cognitivista	Cognitivo-comportamental
Intervenção Psicoeducacional	Perfil Psicoeducacional Revisado ( <i>Psychoeducational Profile Revised-PPR</i> )	Análise do Comportamento Aplicada ( <i>Applied Behavior Analysis</i> )

**Fonte:** construído pela autora

Para realizar a pesquisa de intervenção na Pré-Escola Mãe Preta, foi solicitada autorização junto à Secretaria Municipal de Educação do Município (SEMED), a qual responde pela educação de estudantes da Educação Infantil e dos anos iniciais do Ensino Fundamental. Abaixo, listam-se os processos necessários para realização da intervenção-ação.

Os processos não estão descritos cronologicamente como foram planejados. Contudo, as descrições referem-se à cronologia de execução.

<sup>18</sup> Aquele considerado adequado para a idade cronológica da criança.

<sup>19</sup> Essa afirmação referencia-se em estudos realizados durante as disciplinas do mestrado.

### 3.1 PROCESSOS E PROCEDIMENTOS: PRÉ-INTERVENÇÃO

Nº	Descrição da etapa	Data
01	Carta de apresentação para concessão de pesquisa junto à SEMED	23/01/2018
02	Termo de autorização assinado pela SEMED	19/03/2018
03	Termo de autorização assinado pela gestora da Pré Escola Mãe-Preta	19/03/2018
04	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 87017918.4.0000.5087.	29/05/2018
05	Qualificação de dissertação	27/08/2018

### 3.2 PRIMEIRA FASE DA INTERVENÇÃO

Nº	Descrição da etapa	Data
01	Assinatura dos termos de consentimento	13/06/2018
02	Fase de Qualificação da Dissertação de mestrado	14/06 a 26/06/2018
03	Autorização para aplicação de pré-teste	11/10/2018
04	Tratamento dos dados do pré-teste	15/10 a 01/11/2018

### 3.3 SEGUNDA FASE DA INTERVENÇÃO

Nº	Descrição da etapa	Data
05	Entrevista de dados sociodemográficos	08 e 09/11/2018
06	Observação Livre	21/11 a 06/12/2018
07	Início da construção dos relatórios de desenvolvimento	07/11/2018
08	Início das avaliações de encerramento de período letivo	12/11/2018
09	Recesso escolar	
	Adaptação das fichas protocolo e do livro de linguagem do PEP-R	14/12/2018 a 04/02/2019
10	Visitas à Escola Ferdinand Gutman	12, 14 e 18/02/2019
11	Aplicação do Teste por meio do PEP-R	21/02/2019
12	Coleta e tratamento dos dados	22/02/2019 a 04/02/2019

Para investigar a Competência Social da Criança com TEA, o estudo levantou uma série de dados que incluíram aspectos do curso de desenvolvimento, desde o nascimento à aplicação da intervenção. O Perfil de desenvolvimento foi obtido por meio da aplicação do teste com o PEP-R.

### 3.4 TERCEIRA FASE DA INTERVENÇÃO

13	Encontro para Comunicação dos dados	11/02/2019
14	Ajuste dos relatórios	11/02 a 15/02/2019
15	Análise e interpretação dos dados para planejamento dos encontros de trabalho	18/02 a 04/03/2019

A comunicação foi feita por meio do relatório de desenvolvimento de cada criança, contendo as informações levantadas por meio da observação e da entrevista. Os relatórios foram ajustados conforme contribuições dos colaboradores.

**Figura 2:** Comunicação dos dados por meio dos relatórios de desenvolvimento



**Fonte:** arquivos da autora

O modelo da comunicação dos dados levantados por meio da entrevista sociodemográfica e de desenvolvimento da criança foi apresentado no relatório construído e modificado ao longo do processo.

## 4 PLANEJAMENTO DOS ENCONTROS DE INTERVENÇÃO

Nos **encontros de trabalho** foram construídos recursos pedagógicos em colaboração com pais e professores, com o intuito de serem utilizados no contexto escolar e também familiar, para incentivo e desenvolvimento da Competência Social.

Os encontros tiveram duração entre 60 e 80 minutos para atender às necessidades específicas das crianças. O quinto e o sexto encontro foram realizados em um sábado, na mesma escola. Foi um combinado, já que podíamos desfrutar de pouco barulho e movimentação que funcionam como pontos de gatilho para alguns comportamentos do transtorno.

TOTAL DE ENCONTROS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	DATA
1º Encontro	Sensibilização e sociabilização	06/06/2019
2º Encontro	Leitura e socialização do 1º capítulo da dissertação	07/06/2019
3º Encontro	Devolutiva da avaliação do desenvolvimento	12/02/2019
4º Encontro	Planejamento de recursos e estratégias para as áreas de comportamento e desenvolvimento	14/02/2019
5º Encontro	Confecção dos recursos	16/06/2019
6º Encontro		23/02/2019
7º Encontro	Devolutiva da conclusão do estudo na Pré-escola Mãe Preta e na Escola Ferdinand Gutman, localizadas em Santa Inês – MA	A COMBINAR



Você sabia que o azul é a cor da conscientização do autismo?  
Sabe dizer por quê?  
Sim! É isso mesmo!  
Tome nota e não esqueça.



## **4.1 ROTINA DE TRABALHO**



**LOCAL: PRÉ-ESCOLA MÃE PRETA**

#### 4.1.1 ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE



Foi escolhida uma das salas onde não havia aula no período de funcionamento da escola. A sala possuía a mesma estrutura das demais: não eram climatizadas e não possuíam portas. Porém, as paredes estavam limpas e agradáveis, nesse aspecto, para aplicação do teste.

Foi feita uma adaptação no sentido de evitar que estímulos externos pudessem tirar o foco da intervenção. Inicialmente, o ambiente foi organizado pedagogicamente para a sensibilização e socialização com os pais, professores e cuidadores escolares.



Cada colaborador recebeu uma pasta de trabalho contendo materiais como: caneta, lápis, borracha, folhas de papel e o planejamento dos encontros de trabalho.



Através do estudo ao qual o produto educacional é vinculado, é possível avaliar o percurso, os percalços, limites e conquistas da intervenção-ação. Ainda que haja um planejamento de ações, elas devem ser flexíveis, pois nem sempre as coisas acontecem como são planejadas, de acordo com seu entendimento, experiências e vivências. Qual a relevância do cronograma e planejamento para a intervenção pedagógica?

## 4.1.2 PRIMEIRO ENCONTRO: SENSIBILIZAÇÃO E SOCIABILIZAÇÃO

### Mobilização Inicial – Dinâmica das atitudes

(semelhanças e diferenças)

#### ATIVIDADE 1

#### O QUE FOI FEITO?

Despertar de competências socioemocionais para incentivo e desenvolvimento da Competência Social.



Colaboradora e pesquisadora no momento da dinâmica

#### PARA QUE FOI FEITO?

Relacionar as características dos 4 elementos às qualidades e defeitos das pessoas. Respeitar as diferenças, olhar a essência do ser, tanto interior quanto exterior.



#### COMO FOI FEITO?

Os colaboradores tinham que escolher, dentre 4 imagens, uma que representasse sua personalidade ou sentimentos que foram despertados com a imagem naquele momento. Em seguida, deveriam abrir o envelope e retirar a paisagem, representada pelo respectivo elemento (terra, água, fogo, ar). Cada envelope continha duas paisagens diferentes para evitar sínteses semelhantes.



## **RESULTADOS**

Atitudes despertadas: coragem para enfrentar desafios; afeto; compreensão; companheirismo; autoanálise.

## **COMO FOI AVALIADO?**

### **Questionamentos em grupo:**

O que você sentiu durante a dinâmica?

Qual lição você tira dela?



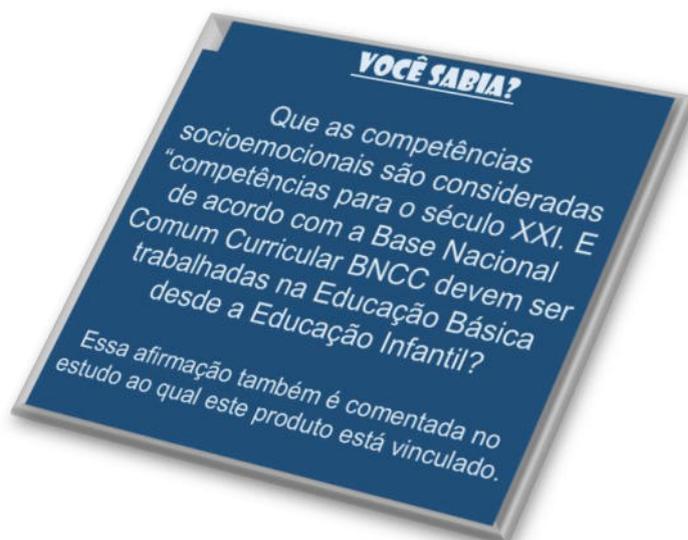
## **ALGUMAS REFLEXÕES**

As pessoas necessitam de atenção e cuidado. Independente das diferenças que existem entre elas. Todos temos qualidades e defeitos, assim como os elementos da natureza são úteis no nosso cotidiano e permitem a continuidade da vida. Contudo, também são capazes de desestabilizar as nossas vidas. Tudo vai depender de nossas atitudes e competências. Pois, para cada ação, há uma reação. A água, por exemplo, sacia a sede, inunda regiões e torna-se escassa. O fogo aquece e arrasa. O vento, em brisa, refresca. Em vendaval, destrói. A terra, fértil, brota. Estando seca, definha... a água, por sua natureza dá continuidade à vida.



Tome nota:

As competências socioemocionais permitem que compreendamos tanto as outras pessoas como a nós mesmos. Elas colaboram ainda para despertar habilidades que nos ajudam a superar os desafios.



## **ATIVIDADE 2** **O QUE FOI FEITO?**

Abordou-se a relevância da inclusão de crianças com TEA



## **PARA QUE FOI FEITO?**

Para socializar os vários entendimentos acerca do Transtorno do Espectro Autista e inclusão desses alunos no Ensino regular.

## **COMO FOI FEITO?**

Os colaboradores escreveram em poucas linhas sua compreensão ou conceito sobre o transtorno e sua opinião acerca da inclusão. Não houve necessidade de identificação, apenas marcar na folha uma das opções entre mãe, professora ou cuidador. ao lado a imagem\* dos colaboradores em atividade.

\* Imagem desfocada para preservar a identidade dos colaboradores.

## **COMO FOI AVALIADO?**

### **Dinâmica do repolho**

Em círculo, os colaboradores sobrepuseram as folhas de seus relatos, folha por folha, pressionando levemente no formato de um repolho. Em seguida, mudaram de posição, alternado os lugares que estavam localizados inicialmente no círculo. Assim, foi iniciado o fatiamento do repolho. Cada participante tirava uma folha para fazer a leitura dos relatos. O momento era aberto para cada um expressar sua opinião.

## **RESULTADOS**

Cada texto escolhido para análise mostra coerência a partir das dificuldades que cada colaborador encontrava, no contexto de suas vivências com as crianças com TEA. A mãe, por outro lado, demonstrou mais sensibilidade ao relatar as contribuições da escola no contexto familiar. Nesse sentido, convido o leitor que teve acesso somente ao caderno pedagógico a ler na íntegra as apresentações e análises dos dados do estudo.

### 4.1.3 SEGUNDO ENCONTRO DE TRABALHO

## Leitura da segunda seção da dissertação

### ATIVIDADE 1

#### Mobilização Inicial

#### COMO FOI FEITO?

#### O QUE FOI FEITO?

Dinâmica: A ilha do tesouro perdido (adaptação)

#### PARA QUE FOI FEITO?

Avaliar a importância do trabalho colaborativo.



Mães e crianças recebendo o livro da dinâmica

Uma caixa contendo dois livros foi posta no centro da sala. Os colaboradores juntaram-se em duplas, ficando em pé sobre uma folha de jornal aberta, sendo uma folha para cada dupla. Os colaboradores deslocaram-se para o centro do círculo em busca do tesouro, mas não poderiam soltar as mãos ou pisar fora do jornal. Ao final, levantamos a reflexão de como ficou o estado da folha após as experiências que significam as barreiras enfrentadas e marcas deixadas durante o processo.

#### COMO FOI AVALIADO?

Por meio da descoberta de estratégias que envolveram a colaboração do outro na resolução dos problemas.

#### RESULTADOS

Foi preciso união, apoio, criatividade e colaboração para que o objetivo fosse alcançado.

### ATIVIDADE 2

Leitura e discussão do texto

#### O QUE FOI FEITO?

Leitura da segunda seção e primeira subseção da dissertação

#### COMO FOI FEITO?

Cada colaborador estava livre para ler a quantidade desejada de parágrafos e interromper a leitura quando achasse conveniente, fosse para levantar questionamentos ou para deixar alguma contribuição.

#### PARA QUE FOI FEITO?

Valorizar as contribuições dos colaboradores e significação da pesquisa colaborativa.

### **COMO FOI AVALIADO?**

Pela socialização e debate em grupo.

### **RESULTADOS**

As mães, professoras e cuidadores destacaram essa atitude como importante para compreensão do que as atividades iniciais haviam proposto. Além do conhecimento adquirido nessa etapa, que contribuiu para alguns ajustes da seção.

### **REFLEXÃO DA AÇÃO**

O **primeiro encontro** de trabalho foi planejado com objetivo de sensibilizar os colaboradores para a importância do trabalho em grupo.

Várias habilidades sociais e socioemocionais foram despertadas nos dois encontros, para reflexão da importância da Competência Social no desenvolvimento humano.

O **segundo encontro** de trabalho foi planejado para a socialização da segunda seção da dissertação, uma vez que a primeira seção se refere à introdução sobre o estudo.

Durante a socialização, em razão do tempo, concluímos somente a leitura da primeira subseção, que aborda algumas descobertas e impactos sobre a origem do termo e etiologia do transtorno.

As mães se mostraram surpresas e por vezes comovidas, ao desvelarem por meio da leitura e discussão em grupo a historicidade do transtorno. Dessa forma, como você avalia o planejamento e os resultados descritos nos dois encontros?

## 4.1.4 TERCEIRO ENCONTRO DE TRABALHO

### Devolutiva da avaliação do perfil de desenvolvimento

#### ATIVIDADE 1

Mobilização inicial

#### O QUE FOI FEITO?

Dinâmica - A caixa de surpresa e o desafio da cabine



Professora lendo as curiosidades sobre o TEA

#### PARA QUE FOI FEITO?

Avaliar nosso comportamento diante dos desafios.



Cuidador escolar recebendo o livro

#### COMO FOI FEITO?

Dentro de uma caixa decorada sobre o tatame, foram colocadas algumas curiosidades sobre o transtorno (do tipo: você sabia...?). Os participantes deveriam escolher entre enfrentar o desafio da cabine ou abrir a caixa decorada.

#### COMO FOI AVALIADO?

Pela reflexão sobre as curiosidades que foram lidas em voz alta pela participante que escolheu esse desafio.

#### RESULTADOS?

Ainda que tentemos reconhecer as diferenças, é o belo, o perfeito que nos atrai. Deixamos de experimentar a verdadeira beleza que o “estranhamento” nos causa à primeira vista.

## **ALGUMAS REFLEXÕES**

Os desafios nos causam expectativas e ansiedade, frente às decisões que devemos tomar. Geralmente nos proporcionam aprendizagens significativas. O valor dependerá da forma que vemos e lidamos com cada uma de nossas escolhas. Por esse motivo, o livro estava localizado na cabine.

Devemos nos ater à beleza exterior, pois a cabine coberta por um pano velho guardava algo de valor.

### **PARA QUE FOI FEITO?**

Para socialização do relatório final e construção de recursos pedagógicos e estratégias de Ensino para a Competência Social. Além dos relatórios, os resultados da avaliação por meio do teste (PEP-R) ficaram fixados na parede a partir do segundo encontro de trabalho.

Apresentação da última versão dos relatórios e do perfil das duas crianças fixados em cartaz para visualização das habilidades presentes e emergentes. As crianças eram identificadas apenas como Caso1 e Caso2.

### **COMO FOI AVALIADO?**

Atividades escrita para comprovação dos dados obtidos.

**Questão:** o perfil do desenvolvimento obtido confirma as características comportamentais que a criança apresentava em sala de aula ou em ambiente familiar até a data de aplicação do teste?

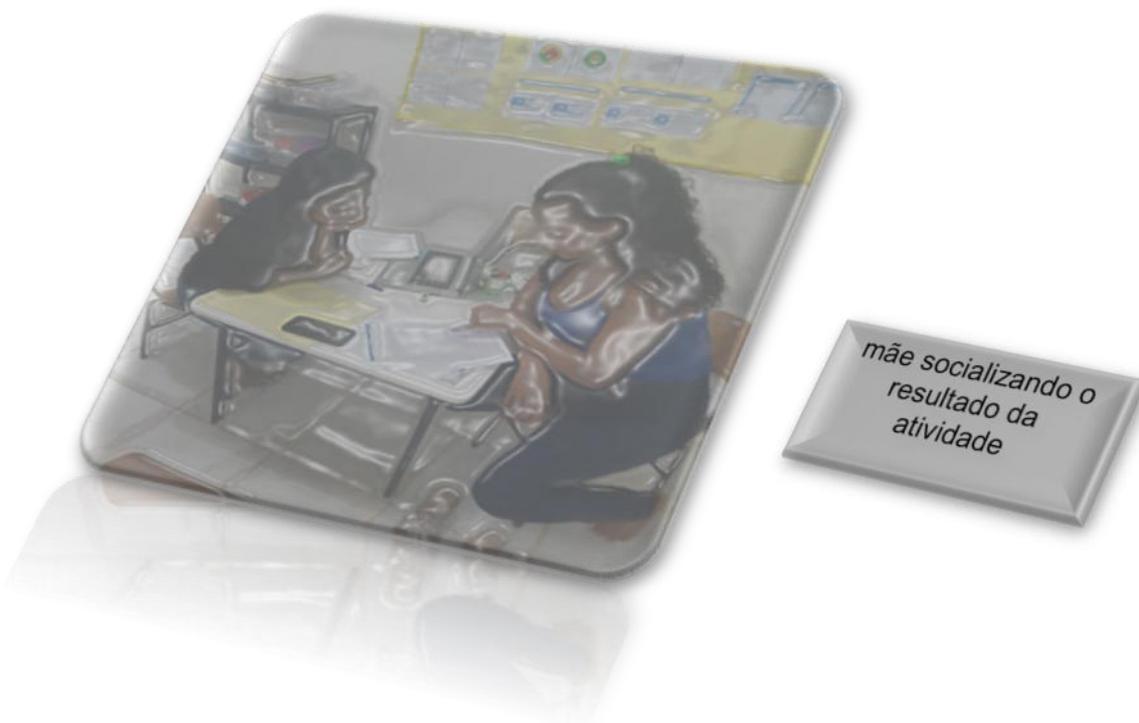
## **ATIVIDADE 2**

Devolutiva do Perfil de desenvolvimento

### **O QUE FOI FEITO?**

Devolutiva do Perfil de desenvolvimento

### **COMO FOI FEITO?**



## **RESULTADOS**

### Relato de mãe

A descrição do comportamento corrobora com as características comportamentais que a criança apresentava em sala de aula (ou em ambiente familiar) até a data de aplicação do teste? Comente

Até a data da Entrevista Sim, Mas foram mudando até a data de hoje 14-06-2019.

A criança faz brincadeira sozinho, observo que os desenhos estão ficando. A criança não fica sem interagir faz brincadeira com coleguinhas em ambiente familiar, faz desenhos em pouco a falar.

Na mudança de Escola foi melhorando até o comportamento da criança, antiga escola não tinha porta nas salas de aula onde facilitava a saída dela toda hora para bebedouro.

Na escola atual há portas nas salas onde ele tinha que se adaptar que não pode sair e me parece que está aceitando essa fase nova.

Em relação ao cuidador sempre tem afeto e fica feliz e calmo quando estão juntos.

Não gosta de comida de panela e cheira tudo que vai comer. sente o cheiro e chega a olhar nas panelas no fogão mais não aceita comer, só se for obrigado por mim (mãe).

## 4.1.5 QUARTO ENCONTRO DE TRABALHO

### Planejamento dos recursos e estratégias

#### ATIVIDADE 2

##### O QUE FOI FEITO?

Construção de recursos e estratégias para a Competência Social.

##### PARA QUE FOI FEITO?

Incentivar habilidades da criança no contexto escolar e familiar

##### COMO FOI FEITO?

Com base no perfil de desenvolvimento obtido e intervenções psicoeducacionais

##### COMO FOI AVALIADO?

Por meio dos resultados obtidos

##### RESULTADOS?

Produto Educacional vinculado à dissertação de mestrado



#### PERFIL DE DESENVOLVIMENTO OBTIDO

Criança1	I	P	MF	MG	OM	DC	CV	Total
habilidades presentes	4	10	11	17	10	9	9	70
Habilidades emergentes	3	3	4	1	5	7	5	28
Falhas	9	0	1	0	0	10	13	33
Total de itens	16	13	16	18	15	26	27	131
Amplitude de idade estimada por área	14-15	28-33	31-36	40-51	46-49	22-23	33-34	26-30
Idade de desenvolvimento obtida (ano/mês)	1.2	2.7	2.9	3.9	4.0	1.9	2.8	2.5
Criança2	I	P	MF	MG	OM	DC	CV	Total
habilidades presentes	13	12	13	17	6	21	15	97
Habilidades emergentes	3	1	2	1	7	2	5	21
Falhas	0	0	1	0	2	3	7	13
Total de itens	16	13	16	18	15	26	27	131
Amplitude de idade estimada por área	28-42	42-54	41-44	40-51	30-33	46-48	43-44	41-45
Idade de desenvolvimento obtida (ano/mês)	3.5	4.0	3.7	3.9	2.6	3.9	3.7	3.6

A Idade Cronológica (IC) da Criança1 na data de aplicação do teste era de seis anos e cinco meses (6.5), a Idade de Desenvolvimento (ID) obtida foi de dois anos e cinco meses (2.5) e Quociente de Desenvolvimento (QD)=38,4.

A Idade Cronológica (IC) da Criança2 na data de aplicação do teste era de cinco anos e quatro meses (5.4), a Idade de Desenvolvimento (ID) obtida foi de três anos e seis meses (3.6) e Quociente de Desenvolvimento (QD)=66,6.

O Perfil de desenvolvimento obtido nas áreas de imitação (I), percepção (P), motora fina (MF), motora grossa (MG), desenvolvimento cognitivo (DC) e cognitivo verbal (CV) apontam habilidades presentes, emergentes e falhas diferentes em diferentes áreas para cada criança.

Enquanto a Criança1 apresentou maior idade de desenvolvimento na área de orientação o olho-mão, a Criança2 apresentou na área de percepção. As idades de desenvolvimento obtida nas duas áreas foi de 4 anos para as duas crianças.

A Criança1 apresentou menor idade de desenvolvimento na área de imitação. A Criança2 apresentou maior idade de desenvolvimento na área de orientação olho-mão. A idade de desenvolvimento obtida para essas duas áreas foi de um ano e dois meses (1A.2M) para a Criança1 e dois anos e seis meses (2A.6M) para a Criança2.

A seguir, apresento o modelo de Plano Educacional Individualizado. A utilização do plano está descrita na seção 5 deste caderno pedagógico.

<b>PLANO EDUCACIONAL INDIVIDUALIZADO (PEI)</b>		
<b>IMITAÇÃO</b>	Imita Movimentos Motores Grossos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar imitação da ação sem que seja necessário chamado ou instrução verbal;</li> <li>- Incentivar interação social;</li> <li>- Estimular motivação por elogio social;</li> <li>- Desacelerar comportamento hiperativo e movimentos hipercinéticos</li> <li>- Possibilitar sustentação da atenção durante a realização do percurso</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esticar uma linha sobre o tatame para simular uma ponte.</li> <li>✓ Um adulto ou outra criança deve andar em passos lentos com os braços abertos simulando ação de equilíbrio.</li> <li>✓ Sons podem ser emitidos durante a tarefa como forma de incentivo ou proporcionar tranquilidade para a criança durante o percurso.</li> <li>✓ Registrar os resultados da tarefa;</li> <li>✓ Repetir a tarefa em outros momentos alterando o movimento realizado durante o percurso (bater palmas, mãos para trás, por as mãos na cintura, colocar as mãos na cabeça, andar agachado). É necessário que a atividade seja realizada sem movimentação brusca.</li> </ul>

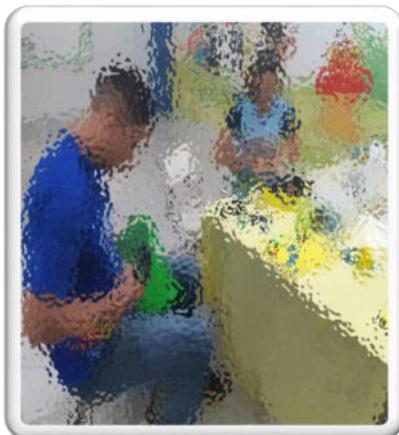
### 4.1.6 QUINTO E SEXTO ENCONTRO DE TRABALHO

## Confecção de recursos e elaboração de estratégias



Mães trabalhando na construção de recurso

Pesquisadora e criança com TEA trabalhando na Construção de recurso



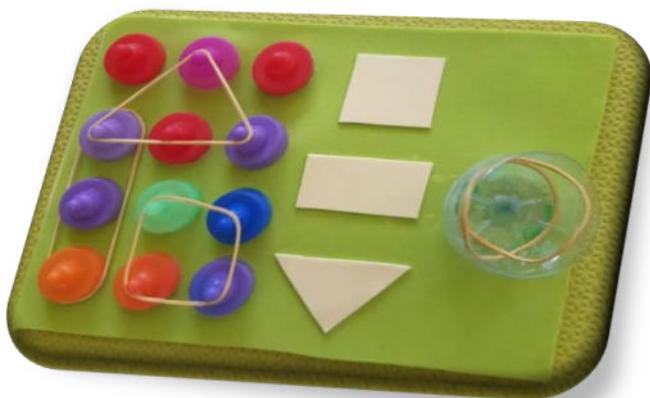
Mães, professora e cuidadores trabalhando na construção de recurso



Mãe e criança com TEA trabalhando na construção de recurso



#### 4.1.7 RECURSOS CONFECCIONADOS



Recurso construído com E.V.A e ligas elásticas, fundo de garrafa PET e tampinhas de brinquedo.

**Principais áreas incentivadas:** percepção; motora fina; orientação olho-mão; desenvolvimeto cognitivo; cognitivo-verbal.



Pareamento de Xícaras

**Principais áreas incentivadas:** percepção; motora fina; orientação olho-mão; desenvolvimeto cognitivo; cognitivo-verbal.



Exposição dos recursos utilizados para incentivo de habilidades sociais e desenvolvimento da Competência Social.

#### 4.1.8 SÉTIMO ENCONTRO DE TRABALHO Socialização dos recursos



Criança2 a brincar no circuito psicomotor que ajudou a construir. Acima, obstáculo feito com cadeiras e um fio de barbante. Abaixo, a saltar de acordo com os comandos que ajudou a cortar com tesoura sem ponta e sob monitoramento de um adulto.



Criança2 a interagir no circuito com sua moto. O trecho foi feito pela criança com sobras de materiais. Ao lado, obstáculo criado pela criança. A pesquisadora apenas cobriu a pequena mesa com um tecido para simular túnel.

## 5. SOCIALIZAÇÃO DOS RECURSOS



Motivação por elogio social, motivação intrínseca e extrínseca apresentada pela criança na conclusão da tarefa.

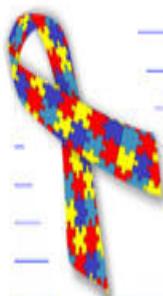


Recurso preferido da mãe da Criança2

No dia de socialização do circuito psicomotor, a Criança2 sempre ia até o portão para verificar se a Criança1 havia chegado à escola. Dizia: “-Vou ver se o (nome da criança) já chegou”.



Recurso “labirinto”, o preferido da criança.  
Mãe tentando montar o quebra-cabeça



Agora que você já sabe que o azul representa a conscientização do autismo pela prevalência em meninos. Pode dizer por quê o quebra-cabeça é o símbolo do autismo?

## 5.1 RESULTADOS ALCANÇADOS



Observe que, na primeira tentativa, a criança tenta concluir apressadamente a brincadeira. Empurrando levemente a mãe, incentivando-a a andar mais depressa...



Mesmo com a imagem desfocada, é possível verificar na segunda tentativa que a estratégia teve seu objetivo alcançado e a criança conseguiu desacelerar por alguns minutos. Naquele mesmo dia, ela falou uma frase completa.

“Tio (nome do cuidador), abre a porta!  
Beber água”

Os **objetivos da tarefa** estão na seção do produto que trata do planejamento dos recursos e estratégias. Estão elencados no PLANO EDUCACIONAL INDIVIDUALIZADO (PEI). Os objetivos foram: (I) incentivar imitação da ação, sem que fosse necessário realizar instrução verbal; (II) encorajar atenção voluntária e amplitude de atenção focal durante a realização do percurso; (III) desacelerar comportamento hiperativo e movimentos hipercinéticos; (IV) estimular motivação por elogio social.

**Procedimento:** um fio foi esticado sobre o barbante. A mãe começou a andar lentamente sobre a linha, mantendo os braços esticados. A mãe começou a emitir som conhecido pela criança em brincadeiras realizadas com o pai, em ambiente familiar.

**Resultados:** ao perceber a ação da mãe, a criança passou a imitá-la em relação aos passos lentos. Primeiro, andando de lado e depois para frente. A criança não estendeu os braços devido a apego por objeto (livro), o qual segurava passando de uma mão para a outra.

**Avaliação dos Resultados:** A mãe ficou visivelmente emocionada e feliz, ao ver que a criança havia se engajado na tarefa. Realizando-a cooperativamente e no mesmo

ritmo lento liderado por ela. Ao final, a mãe pediu aquele pedacinho de barbante que passara a ter significação, para interagir com a criança em ambiente familiar.

### **ATIVIDADE FINAL**

Os três últimos encontros de trabalho apresentam as etapas de confecção e socialização dos recursos e estratégias. Analise-as, ao passo que avalia a execução das ações para o incentivo e desenvolvimento da Competência Social.



A rectangular area with a white background and a thin grey border. It contains ten horizontal blue lines for writing. On the right side, there is a blue pencil icon with a pink eraser and a sharp lead tip. A vertical red line is positioned near the right edge, approximately one-third of the way from the right.

Como você avalia o Caderno pedagógico? Você o indicaria para pais, professores e cuidadores de crianças com TEA?



A rectangular area with a white background and a thin grey border. It contains ten horizontal blue lines for writing. On the right side, there is a blue pencil icon with a pink eraser and a sharp lead tip. A vertical red line is positioned near the right edge, approximately one-third of the way from the right.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi investigar a Competência Social, a partir da avaliação do desenvolvimento da criança. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa-ação com foco colaborativo junto às mães, professoras e cuidadores escolares de crianças com TEA.

Para alcance do objetivo principal, o estudo traçou os objetivos secundários que possibilitaram a avaliação do desenvolvimento por meio de três recursos de levantamento de dados, além do levantamento da literatura acerca do objeto de estudo e da construção de recursos e estratégias de ensino para incentivo e desenvolvimento da Competência Social.

Os recursos, construídos colaborativamente durante a intervenção, foram elaborados considerando-se o perfil de desenvolvimento obtido, sobretudo nas áreas que compõem a escala de desenvolvimento, uma vez que o estudo concluiu que o perfil de Competência Social apresentado por cada criança está imbricado na motricidade, em sua dimensão afetiva (emoção) e práxia (cognição).

Concluimos, então, que os *deficits* que a criança apresenta nas duas dimensões interferem no perfil de comportamento que, por sua vez, causam prejuízos na aquisição de habilidades sociais e desenvolvimento da Competência Social, o que clarifica as consequências do efeito dominó, que envolvem o amadurecimento do ato motor no desenvolvimento infantil.

Esperamos que as informações contidas no caderno pedagógico tenham proporcionado algumas aprendizagens, que envolvem o incentivo e desenvolvimento da Competência Social em crianças com TEA, e instigado o leitor a buscar mais sobre esse assunto, que se constitui em uma fonte inesgotável de habilidades e competências essenciais para o desenvolvimento da criança.

## Sobre a autora (Author data)



**Emanuelle Santiago Monteiro Leite** é mestranda em Educação pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Pedagoga com Pós-Graduação em Gestão Educacional e em Língua Brasileira de Sinais. Professora de Educação Básica pela Secretaria Estadual de Educação do Maranhão (SEDUC / MA), com atividades na Sala de Recursos Multifuncionais (SRM). Tem experiência no ensino superior na Universidade Estadual do Maranhão (UEMA / Campus Santa Inês), no Instituto Federal de Educação Científica e Tecnológica do Maranhão (IFMA / Campus Santa Inês) e na Fundação de Ensino e Engenharia de Santa Catarina (FEESC). Desenvolve pesquisas com ênfase em Educação Especial / Inclusiva. Membro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação

**Emanuelle Santiago Monteiro Leite** is master's degree in Education from the Federal University of Maranhão (UFMA). Pedagogue with Post-Graduation in Educational Management and in Brazilian Sign Language. Teacher of Basic Education by the State Department of Education of Maranhão (SEDUC / MA) with activities in the Multifunctional Resources Room (SRM). She has experience in Higher Education teaching at the State University of Maranhão (UEMA / Santa Inês Campus), at the Federal Institute of Science and Technology Education of Maranhão (IFMA / Santa Inês Campus) and at the Santa Catarina Teaching and Engineering Foundation (FEESC). Develops research with an emphasis on Special / Inclusive Education. Member of the National Association of Postgraduate and Research.

## Sobre a orientadora (Advisor data)



**Livia da Conceição Costa Zaqueu** é Dra. em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Candido Mendes, Especialista em Intervenção Precoce na Universidade de Évora, Psicopedagogia Clínica e Institucional. Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduada em Pedagogia, com ênfase em Educação Infantil, Ensino Fundamental e Administração Escolar. Experiência nas áreas de Educação em Direitos Humanos, com ênfase em Educação Especial (Autismo, Deficiência Intelectual e Deficiência Múltipla), Psicomotricidade, Psicopedagogia, Saúde Mental e Desenvolvimento Humano. Professora Adjunta do Departamento de Educação Física da UFMA (Desenvolvimento Humano e Intervenção Precoce na Infância) e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Ensino da Educação Básica da UFMA. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Especial em Educação Básica da Universidade Federal do Maranhão (GEPEESP / UFMA).

**Livia da Conceição Costa Zaqueu** is Ph.D. in Developmental Disorders from Mackenzie Presbyterian University. Master of Developmental Disorders from Mackenzie Presbyterian University. Specialist in Psychomotricity at Candido Mendes University, Specialist in Early Intervention at the Evora University, Studying in Clinical and Institutional Psychopedagogy, Graduated in Physical Education at the Federal University of Maranhão (UFMA). Graduated in Pedagogy, with emphasis in Early Childhood Education, Elementary School and School Administration. Experience in the areas of Human Rights Education with emphasis on Special Education (Autism, Intellectual Disability and Multiple Disability), Psychomotricity, Psychopedagogy, Mental Health and Human Development. Adjunct Professor of the Department of Physical Education at UFMA (Human Development and Early Intervention in Childhood) and the Stricto Sensu Graduate Program in Basic Education Teaching Management at UFMA. Leader of the Group of Studies and Research in Special Education in Basic Education of the Federal University of Maranhão (GEPEESP / UFMA).

## APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEL

*Obedecendo à Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Carta de informação aos pais e/ou responsável

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) menor de idade pelo qual você é responsável, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **COMPETÊNCIAS SOCIAIS DE PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO**, com o objetivo construir de forma coletiva metodologias de ensino voltadas para as crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo, favorecendo a inclusão escolar dessas crianças. Informamos que a participação do (a) menor não é obrigatória, e você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar, estando livre para autorizar ou recusar a participação dele (a) na pesquisa. Caso você autorize poderá retirar o consentimento interrompendo a participação do (a) menor, livre de penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelas pesquisadoras, que irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Informamos ainda que o (a) menor não será identificado (a) em nenhuma publicação e que a participação dele (a) na pesquisa depende da sua autorização e assinatura nesse termo. Por fim, comprometemo-nos a fazer uso de imagens exclusivamente para fins de pesquisa e aprendizado em sala de aula, não podendo disponibilizá-las nas redes sociais (Internet, Facebook, Instagram, E-mail, Messenger, nenhum tipo de imagem ou fotografia produzida no local de pesquisa.

Agradecemos a sua colaboração.

### **CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação do menor de idade \_\_\_\_\_ pelo qual sou responsável, na pesquisa: fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e que poderei alterar a minha decisão de deixá-lo participar se assim o desejar. Declaro ainda que recebi uma cópia deste termo consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Dessa maneira, afirmo que:

( ) aceito que ele(a) participe      ( ) não aceito que ele(a) participe da pesquisa

Santa Inês-MA \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe ou responsável pelo menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável por obter o consentimento

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO DOCENTE

*Obedecendo a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE**

Carta de Informação ao Docente

Prezado (a) Professor (a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **COMPETÊNCIAS SOCIAIS DE PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO**. Este tema é relevante por se configurar como um dos primeiros estudos voltado a construção de metodologias de ensino para as competências sociais de crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo. Dessa maneira concordamos que sua participação nesse estudo contribuirá na construção de uma proposta inclusiva para alunos com TEA. Para tanto, utilizaremos como instrumento de coleta de dados a observação sistemática, e entrevista focalizada direcionada aos professores da sala comum. Informamos que a participação é voluntária e não acarretará gastos, assim como, não terá direito a remuneração pela participação. Por fim, comprometemo-nos a fazer uso de imagens exclusivamente para fins de pesquisa e aprendizado em sala de aula, não podendo disponibilizá-las nas redes sociais (Internet, Facebook, Instagram, E-mail, Messenger, nenhum tipo de imagem ou fotografia produzida no local de pesquisa. Em caso de dúvidas, entrar em contato: com a pesquisadora responsável Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia da Conceição Costa Zaqueu, tel. (11) 95984.0179; ou com a Coordenação do Mestrado em Gestão de Ensino da Educação Básica, na Universidade Federal do Maranhão, Campus do Bacanga - Centro de Ciências Sociais, Av. dos Portugueses 1966, sala 105 - Bloco D.

Agradecemos a sua colaboração.

**CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_  
professor (a) da Pré-Escola \_\_\_\_\_,  
declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa: que será desenvolvida pelas pesquisadoras Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia da Conceição Costa Zaqueu e mestrandia Emanuelle Santiago Monteiro Leite. Estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e que poderei alterar a minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro ainda que recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Dessa maneira informo que:

( ) **aceito** participar da pesquisa      ( ) **não aceito** participar da pesquisa

Santa Inês-MA \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do professor (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável por obter o consentimento

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO AOS PAIS

*Obedecendo a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PAIS- TCLE**

Carta de informação aos pais ou responsável

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) você, está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **COMPETÊNCIAS SOCIAIS DE PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO** O objetivo deste estudo consiste em *construir de forma coletiva metodologias de ensino voltadas para as crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo*, e a partir disso elaborar um caderno com orientações pedagógicas para professores da Educação Infantil. Informamos que sua participação não é obrigatória, porém acreditamos que a pesquisa possibilita por meio da convivência compartilhada, as interações sociais que favorecem o desenvolvimento de crianças com deficiência, tanto no contexto escolar quanto de vida diária e prática. Para tanto, utilizaremos como instrumento de coleta de dados a entrevista de dados demográficos e de desenvolvimento da criança afim de levantarmos informações que nos ajudem a perceber seu desenvolvimento atual. As perguntas estão relacionadas a informações que envolvem a mãe e a criança nos período pré-natal, perinatal e pós-natal. Informamos ainda que você não será identificado (a), seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Em caso de dúvidas, entrar em contato: com a pesquisadora responsável Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia da Conceição Costa Zaqueu, tel. (11) 95984.0179 ou com a Coordenação do Mestrado em Gestão de Ensino da Educação Básica, na Universidade Federal do Maranhão, Campus do Bacanga - Centro de Ciências Sociais, Av. dos Portugueses 1966, sala 105 - Bloco D.

Agradecemos a sua colaboração.

### **CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ pai/ mãe da criança \_\_\_\_\_, com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa: que será desenvolvida pelas pesquisadoras Prof.<sup>a</sup> Dra. Lívia da Conceição Costa Zaqueu e mestranda Emanuelle Santiago Monteiro Leite. Estou ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e que poderei alterar a minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro ainda que recebi uma cópia deste termo consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Dessa maneira informo que:

( ) **aceito** participar da pesquisa      ( ) **não aceito** participar da pesquisa

Santa Inês-MA \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/mãe ou responsável pelo menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável por obter o consentimento

## APÊNDICE E – ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM TEA

*Obedecendo à Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*

### ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Data da aplicação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Prezada (o) mãe/pai

Sou grata por ter aceito participar dessa entrevista que é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa em que pretendo levantar informações a respeito das competências sociais da criança com TEA na sala comum do ensino regular, tema de minha dissertação de mestrado. A finalidade das perguntas é para a obtenção de dados que nos ajude a compreender o desenvolvimento da criança e assim planejar intervenções para as competências sociais conforme objetivos da pesquisa. Ressalto que tanto sua identidade, quanto a da criança serão mantidas em sigilo, embora estejamos solicitando a identificação em nossos documentos que serão conservados em nosso banco de dados.

#### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome da criança .....  
 Endereço .....  
 Telefone ..... Cel. ....  
 Responsável ..... E-mail .....

#### 2. DADOS SOBRE O NASCIMENTO

Fez acompanhamento neonatal?  sim  não a partir do .....º mês

Dia do nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora do nascimento ..... Peso ao nascer.....kg. Comprimento..... Sexo  masc.  fem.  
 Tipagem sanguínea: da criança ..... Tipagem sanguínea: da mãe .....  
 Tipo de Parto:  normal  fórcepe  cesárea  domiciliar  
outro .....

Houve alguma complicação durante o trabalho de parto ou o parto?  sim  não  
 Qual?  
 .....  
 .....

Apresentou baixo peso ao nascer (inferior a 2.500g)  sim  não  
 Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais)  sim  não  
 Houve necessidade de UTI?  sim  não  
 Idade da mãe no período gestacional ..... Idade do pai no período da gestação .....

### 3. DADOS FAMILIARES

#### 3.1 Dados da mãe

Nome .....

Local de Residência .....

Estado Civil:  solteira  casada  recasada  viúva  separada

Escolaridade

Fund. incompleto  Fund. Completo

Ens. Médio incompleto  Ens. Médio completo

sem nível de escolaridade

Superior incompleto  Superior completo

Graduação  Especialização  Mestrado  Doutorado

curso .....

Ocupação..... Jornada de trabalho .....

#### 3.2 Dados do pai

Nome .....

Local de Residência .....

Estado Civil:  solteira  casada  recasada  viúva  separada

Escolaridade

Fund. incompleto  Fund. Completo

Ens. Médio incompleto  Ens. Médio completo

sem nível de escolaridade

Superior incompleto  Superior completo

Graduação  Especialização  Mestrado  Doutorado

curso .....

Ocupação..... Jornada de trabalho .....

#### 3.3 Composição familiar (pessoas que residem na mesma casa que a criança)

Nº de pessoas	Parentesco com a criança*	Número por gênero:
1 a 3		( ) masc. ( ) fem.
3 a 5		( ) masc. ( ) fem.
5 a 7		( ) masc. ( ) fem.
7 a 9		( ) masc. ( ) fem.
10 ou mais		( ) masc. ( ) fem.

### 4. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL<sup>20</sup>

Do nascimento aos 2 meses de idade				Se não, com qual idade conseguiu fazer?
	Sim	Não	Não sei responder	

<sup>20</sup> É preciso explicar aos pais que a idade de desenvolvimento pode ser diferente para cada criança e que a idade utilizada como referência está relacionada a crianças com desenvolvimento típico. Algumas questões relacionadas aos marcos do desenvolvimento infantil foram escritas com base na 5ª edição da *caderneta de saúde da criança* e nos *Cadernos de Atenção Básica da saúde da criança: crescimento e desenvolvimento* de 2012 do Ministério da Saúde.

Reconhecia e acalmava-se com sua voz				
Olhava para o rosto das pessoas				
Atentava-se para sons				
Respondia à sorrisos com um sorriso				
Chorava muito				
Era agitado ou irritado				
<b>Dos 2 a 4 meses de idade</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Se não, com qual idade conseguiu fazer?</b>
Conseguia levantar a cabeça e os ombros				
Seguia com os olhos pessoas e objetos que estavam próximos a ele				
Respondia à sorrisos com um sorriso				
Brincava com as mãos e levava-as à boca				
<b>Dos 4 aos 6 meses</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Se não, com qual idade conseguiu fazer?</b>
Ficava sentado com apoio				
Virava-se sozinho e rolava de um lado para outro				
Brincava com chocalhos ou argolas				
Assustava-se com barulhos				
Voltava-se para a direção de barulhos excessivos				
Se irritava com barulhos excessivos				
<b>Dos 6 a 9 meses</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Se não, com qual idade conseguiu fazer?</b>
Ficava sentado sem apoio				
Começou a se arrastar				
Começou a engatinhar				
Repetia sons como “ma-ma, ba-ba, pa-pa				
<b>Dos 9 aos 12 meses</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Se não, com qual idade conseguiu fazer?</b>
Ficava em pé segurando em paredes ou móveis				
Andava com apoio				
Batia palmas				
Apontava objetos com o dedo indicador				
Divertia-se dando tchau				
Falava palavras como “mamã, papa, dá”				
<b>Com idade de 1 a 2 anos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Se não, com qual idade conseguiu fazer?</b>

Ficava em pé sozinho				
Andava sozinho				
Gostava de subir em móveis				
Trazia brinquedos e objetos para mostrar				
Brincava de faz de conta				
Tinha iniciativa de imitação				
Conseguia se comunicar com o olhar				
Respondia ao ser chamado pelo seu nome				
Entendia as palavras ditas, mas não as falava				
Levava objetos à boca com frequência				
Comia sozinho (a)				
Manifestava interesse por outras crianças				
Ficava aéreo olhando para o tempo				
<b>Dos 2 aos 3 anos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Se não, com qual idade conseguiu fazer?</b>
Andava sozinho (a)				
Corria				
Subia degraus sem apoio de corrimão				
Andava para trás				
Perguntava o nome das coisas				
Gosta de brincar com outras crianças				
<b>Na idade em que se encontra atualmente</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sei responder</b>	<b>Com que frequência</b>
Inventa pequenas histórias				
Conta histórias				
Apresenta dificuldades para dormir				
Apresenta fala compreensível				
Nomeia objetos				
Repete palavras ou frases ditas (ecolalia)				
Consegue se vestir sozinho				
Lava as mãos sozinho				
Enxuga as mãos sozinho				
Consegue alimentar-se sozinho				
Consegue beber água sozinho				
Consegue empilhar blocos				
Brincar com jogos de encaixe				
Reconhece expressões faciais (sorriso, raiva, tristeza)				
Chuta com as duas pernas				
Pular				
Corre				
Caminha de costas				
Para dois segundos				
Algo mais?				

## 5. DADOS ALIMENTARES

5.1.1. Com que frequência come:

<b>Tipo de alimento</b>	<b>Não come ou rejeita</b>	<b>Come razoavelmente</b>	<b>Come com frequência</b>
Verduras .....			
Frutas .....			
Mingau na mamadeira			
Mingau com auxílio de colher			
Papa de frutas			
Papa salgada			
Doces, bolos, biscoitos e outros alimentos			
Sucos .....			
Carnes e peixes			
Leite e derivados			

## 6. RELAÇÃO MÃE/CRIANÇA

	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Às vezes</b>
<b>1</b>	Você tem alguma dificuldade de se comunicar com seu filho? .....			
<b>2</b>	Ao se comunicar com seu filho você aponta vários objetos até obter uma resposta satisfatória?			
<b>3</b>	Você costuma brincar com seu filho?			
<b>4</b>	Seu filho compartilha um interesse por algum evento/objeto com você?			
<b>5</b>	Você tenta se comunicar com seu filho usando gestos/ figuras?			
<b>6</b>	Ao brincar você percebe que seu filho explora bem o uso de um brinquedo? (Brincar funcional)			
<b>7</b>	Você incentiva seu filho a interagir com outros objetos/brinquedos aos quais ele não manifesta interesse?			
<b>8</b>	Você orienta seu filho na realização de atividades/tarefas escolares?			
<b>10</b>	Você fica irritada quando não compreende o que seu filho quer?			
<b>11</b>	Você demonstra estar irritada ao seu filho quando não compreende o que ele quer? (Somente se a resposta anterior for sim)			
<b>12</b>	Você sente que seu filho fica chateado quando ele não o compreende?			

<b>13</b>	Você costuma levar seu filho para atividades sociais (passear/brincar em parques, praças, circos e outros locais)?			
-----------	--	--	--	--

## 7. RELAÇÃO/INTERAÇÕES SOCIAIS

	<b>De que forma você avalia o relacionamento da criança</b>	<b>Excelente</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>	<b>Péssimo</b>
<b>1</b>	Em casa					
<b>2</b>	Na escola					
<b>3</b>	Em outros ambientes sociais					

## 8. PREFERÊNCIAS DA CRIANÇA

9.1 Cite cinco preferências da criança (programa infantil, brinquedos, brincadeiras, pessoas, roupas, animais etc.)

.....  
 .....  
 .....

9.2 Cite 5 coisas que a criança não gosta ou que a deixa irritada.

.....  
 .....  
 .....

**APÊNDICE F – ADAPTAÇÃO DAS FICHAS DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DE DESENVOLVIMENTO PEP-R**

**FICHA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DP PERFIL DESENVOLVIMENTO**

**Imitação**

	Nº	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	6	Manipula Caleidoscópio	37-43					
2	8	Toca a Campainha 2 vezes	55-58					
3	11	Enrola Argila	24-33					
4	13	Manipula Marionete	45-50					
5	14	Imita sons de animais	28-35					
6	15	Imita ações ação com objetos	26-32					
7	41	Imita Movimentos motores Grossos	28-35					
8	52	Jogos Sociais de Bebê	10-15					
9	100	Repete 2 e 3 dígitos	45-50					
10	102	Repete 4 e 5 dígitos	66-71					
11	113	Imita com objetos que produzam ruídos	25-29					
12	123	Repete Sons	32-38					
13	124	Repete Palavras	28-35					
14	129	Reage a Imitações de suas Próprias Ações	16-22					
15	130	Reage a Imitações de seus Próprios Sons	17-23					
16	142	Se despede fazendo "Tchau" com a mão	17-23					
16 itens	<b>Total de pontos</b>							

**Percepção**

nº	Nº	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	3	Acompanha Visualmente o Movimento	7-15					
2	4	Busca visualmente ao longo da linha media	7-15					
3	7	Apresenta dominância ocular	30-35					
4	19	Completa o quadro de formas geométricas	34-39					
5	23	Completa o quadro de formas de objetos	45-49					
6	25	Indica o quadro de formas por tamanho	34-39					
7	32	Pareia Blocos Coloridos com Discos	46-49					
8	35	Som com castanhola (clapper)	7-15					
9	57	Som do apito	7-15					
10	59	Reage a gestos	13-17					
11	108	Encontra bala sob xicara	58-62					
12	111	Ouve e se orienta pelo som do sino	7-15					
13	120	Demonstra interesse pelo livro de figuras	20-25					
16 itens	<b>Total de pontos</b>							

### Motora fina

Nº	itens	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	1	Desenrosca a tampa do pote	26-30					
2	2	Faz bolinha de sabão	26-30					
3	9	pressiona com o dedo	13-17					
4	10	Segura um palito	15-19					
5	12	Modela uma "tigela" com argila	48-52					
6	42	Tocar com o polegar os dedos da mão em sequência	62-64					
7	63	Enfia as contas no barbante	30-33					
8	65	Retira as de um eixo	13-20					
9	66	Coloca as contas em um eixo	16-23					
10	67	Usa as mãos cooperativamente	25-28					
11	84	Desenha uma pessoa	70-74					
12	86	Corta com tesoura	46-50					
13	87	Identifica a entrega de objetos	46-49					
14	99	Joga na cesta-motora fina	15-21					
15	109	Consegue pegar "pinçando"	21-24					
16	119	Aciona interruptor de luz	15-20					
16 itens		<b>Total de pontos</b>						

### Motora ampla

Nº	itens	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	24	Cruza a linha media p/ pegar peças do quebra-cabeça	24-28					
2	37	Anda sozinho	14-22					
3	38	Bate palmas	24-31					
4	39	Fica sob um pé só	29-36					
5	40	Pula usando ambos os pés	24-31					
6	43	Pega a bola	46-51					
7	44	Joga a bola	19-27					
8	45	Chuta a bola	28-35					
9	46	Apresenta dominância de membros inferiores	30-34					
10	47	Carrega a bola	13-16					
11	48	Empurra a bola	13-17					
12	49	Sobe escadas usando alternadamente os pés	61-65					
13	50	Sobe na cadeira	14-19					
14	51	Empurra-se sobre plataforma	21-28					
15	60	Toma suco no copo	12-24					
16	64	Balança as contas no barbante	46-51					
17	68	Transfere objetos de uma para outra	14-22					
18	72	apresenta dominância manual	28-33					
18 itens		<b>Total de pontos</b>						

## Coordenação olho-mão

Nº	itens	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	20	Ajusta as formais nos colocais corretos	27-31					
2	26	Encaixa peças nos locais pelo tamanho	27-31					
3	30	Encaixa as peças do quebra-cabeça	46-50					
4	71	Escreve espontaneamente	16-20					
5	73	Copia linha vertical	46-50					
6	74	Copia circulo	42-46					
7	75	Copia quadrado	55-59					
8	76	Copia triangulo	67-69					
9	77	Copia diamante	72-76					
10	78	Colorir um desenho	51-54					
11	79	Traçar formas	44-51					
12	80	Pareia letras	39-42					
13	83	Copia letras	67-69					
14	93	Empilha blocos	35-38					
15	94	Coloca blocos na caixa	27-31					
15 itens		<b>Total de pontos</b>						

## Desempenho cognitivo

Nº	itens	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	16	Aponta para as partes do corpo da marionete	26-31					
2	17	Aponta para as próprias partes do corpo	25-28					
3	18	Interação complexa brincando com marionete	44-47					
4	22	Identifica as formas receptivamente	40-44					
5	28	Identifica receptivamente grande e pequeno	31-36					
6	29	indica a posição das peças do quebra-cabeça	49-52					
7	31	Completa o quebra-cabeça: vaca	70-73					
8	34	Nomeia as cores receptivamente	42-45					
9	53	Encontra objeto escondido	10-14					
10	82	Identifica letras receptivamente	65-67					
11	85	Escreve o primeiro nome	60-63					
12	88	Identifica os objetos pelo tato	54-56					
13	89	faz um menino das peças de feltro	49-52					
14	96	Conta receptivamente de 2 e 6 blocos	60-63					
15	97	Atende duas instruções sequenciais	36-41					
16	98	Seleção de 2 opções	23-27					
17	110	Simula o uso de objetos	38-42					
18	114	Seleciona cartões por cor ou forma	49-52					
19	115	Pareia objetos a figuras	24-27					
20	117	Entrega objetos sob pedidos	21-26					

21	118	Demonstra as funções dos objetos	28-33					
22	121	Identifica figuras receptivamente	42-45					
23	128	Responde a instruções verbais	36-41					
24	131	Responde a comandos simples	27-29					
25	140	Lê e acompanha instruções	76-81					
26	141	Antecipa rotinas	19-23					
26 itens		<b>Total de pontos</b>						

### Cognitivo-verbal

Nº	itens	DESCRIÇÃO	IDADE ESTIMADA	PONTUAÇÃO			obs.	teste
				P	E	R		
1	21	Identifica formas expressivamente	48-53					
2	27	Identifica expressivamente grande e pequeno	40-45					
3	33	Nomeia cores expressivamente	46-51					
4	61	Gestos pedindo ajuda	17-23					
5	69	Qual é o seu nome?	28-33					
6	70	Você é um menino ou menina?	32-38					
7	81	Identifica letras expressivamente	62-66					
8	95	Conta 2 e 6 blocos	56-59					
9	101	Repete 2 e 3 dígitos	34-38					
10	103	Repete 4 e 5 dígitos	60-63					
11	104	Conta em voz alta	53-65					
12	105	Identifica números expressivamente	60-64					
13	106	Resolve probl. de adição e subtração na 2ª pessoa	67-70					
14	107	Resolve probl. de adição e subtração na 3ª pessoa	68-72					
15	116	Nomeia objetos	25-28					
16	122	Identifica figuras expressivamente	40-45					
17	125	Repete frases ou sentenças curtas	33-38					
18	126	Repete sentenças simples	46-51					
19	127	Repete sentenças complexas	58-62					
20	132	Usa frases de 2 palavras	22-26					
21	133	Usa frases de 4 ou 5 palavras	29-33					
22	134	Usa plurais	32-35					
23	135	Usa pronome	25-29					
24	136	Lê palavras curtas	68-72					
25	137	Lê sentenças curtas	71-75					
26	138	Lê com poucos erros	72-76					
27	139	Lê com compreensão	75-80					
27 itens		<b>Total de pontos</b>						

## APÊNDICE G – ADAPTAÇÃO DAS FICHAS DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DE COMPORTAMENTO DO PEP-R

### FICHA DE PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO PARA DO PERFIL COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

#### 1. Relacionamento e afeto

Nº	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO			obs.	teste
		E	M	G		
54	Reage a sua própria imagem no espelho					
55	Reage a contato físico					
91	Iniciativa de interação social					
92	Reage a voz do avaliador					
146	Contato ocular					
152	Afeto					
154	Busca a ajuda do avaliador					
155	Reação de medo					
157	Consciência da presença do avaliador					
158	Cooperação com o avaliador					
160	Tolerância a instruções					
173	Motivação por elogio social					
174	Motivação por recompensas intrínsecas					
Total de Pontos						

E	
M	
G	

#### 2. Brincar e interesse por materiais

Nº	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO			obs.	teste
		E	M	G		
62	Reage ao barbante					
90	Brinca sozinha					
144	Exploração do ambiente do teste					
145	Exploração dos materiais do teste					
153	Comportamento durante as atividades					
159	Amplitude da atenção					
172	Motivação por recompensas tangíveis					
174	Motivação por recompensas intrínsecas					
Total de Pontos						

E	
M	
G	

### 3. Respostas Sensoriais

Nº	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO			obs.	teste
		E	M	G		
5	Examina os blocos táteis					
36	Reage ao som da castanhola					
56	Reage a cocegas					
58	Reage ao som do apito					
112	Reage ao som					
143	Reação ao beliscão					
147	Sensibilidade visual					
148	Sensibilidade auditiva					
149	Interesse por texturas					
150	Interesse por gosto					
151	Interesse por cheiros					
156	Movimentos e maneirismo					
Total de Pontos						

E	
M	
G	

### 4. Linguagem

Nº	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO			obs.	teste
		E	M	G		
161	Entonação e inflexão					
162	Balucio					
163	Uso das palavras					
164	Uso de jargões e Linguagem Idiossincrática					
165	Ecolalia tardia					
166	Ecolalia imediata					
167	Perseverança de palavras e som					
168	Uso de pronomes					
169	Inteligibilidade da fala					
170	Habilidade sintética					
171	Comunicação espontânea					
Total de Pontos						

E	
M	
G	

## ANEXO A – CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA CONCESSÃO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ENSINO DA  
EDUCAÇÃO BÁSICA  
(PPGEEB)



## CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA CONCESSÃO DE PESQUISA DE CAMPO

Prezada Senhora MARIA DO CARMO GAMA

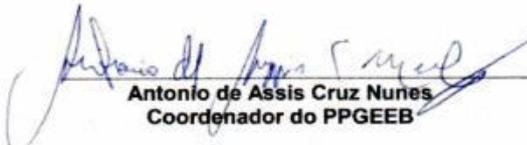
Vimos por meio desta apresentar-lhe o (a) estudante EMANUELLE SANTIAGO MONTEIRO LEITE, regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Gestão de Ensino da Educação Básica, da Universidade Federal do Maranhão para desenvolver uma pesquisa científica, intitulada: METODOLOGIAS DE ENSINO PARA AS COMPETÊNCIAS SOCIAIS DA CRIANÇA COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO NA CLASSE COMUM DO ENSINO REGULAR.

Na oportunidade, solicitamos autorização de Vossa Senhoria em permitir a realização da pesquisa neste recinto educacional para que a referida estudante possa coletar dados por meio de observações, entrevistas, questionários e outros meios metodológicos que se fizerem necessários.

Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, preservando sigilo e ética, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelos sujeitos envolvidos na pesquisa. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição.

Colocamo-nos à disposição de V. S<sup>a</sup> para quaisquer esclarecimentos.

São Luís, 04 / 12 / 2017

  
Antonio de Assis Cruz Nunes  
Coordenador do PPGEEB

*Ciente 03/01/2018*  
  
Maria do Carmo Gama  
Secretária de Educação  
Portaria 007/2017  
Santa Inês - MA

## ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

---

*Obedecendo à Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016*



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA INÊS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
CNPJ Nº 06.198.949/0001-24

Avenida Luiz Muniz, 1005, Centro, Santa Inês - MA  
CEP: 65.300-000

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Eu, **Maria do Carmo Gama**, secretária de Educação do município de Santa Inês-MA, autorizo a mestrande Emanuelle Santiago Monteiro Leite, aluna do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Ensino da Educação Básica (PPGEEB) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob orientação da professora Dra. Lívia da Conceição Costa Zaqueu, a realizar sua pesquisa intitulada **METODOLOGIAS DE ENSINO PARA AS COMPETÊNCIAS SOCIAIS DE PRÉ-ESCOLARES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO** na Pré-Escola Mãe Preta, localizada na Rua Azulão s/n Parque Santa Cruz, no município de Santa Inês – MA, onde serão avaliadas três crianças matriculadas no turno vespertino com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, e suas famílias, e realizadas algumas intervenções pedagógicas com os professores dessa instituição. Para tanto, será garantido o acesso à escola e às demais dependências que se fizerem necessárias para a realização da pesquisa.

Santa Inês-MA, 19 de março de 2018.

*Maria do Carmo Gama*

Maria do Carmo Gama  
Secretária de Educação  
Portaria 007 2017  
Santa Inês MA

## ANEXO C – TABELA 5 DE PONTUAÇÃO DO PEP-R

**Tabela 5**  
Amplitude de Idade Estimada para Pontuação "P" por Areas de Desenvolvimento

Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)
1. Imitação		2. Percepção		3. Motora Fina		4. Motora Grossa		5. Integração Olho-mão	
0	0-6	0	0-2	0	0-7	0	0-7	0	0-9
1	7-8	1	3-4	1	8-9	1	8-9	1	10-13
2	9-11	2	5-6	2	10-11	2	9-10	2	14-17
3	12-13	3	7-8	3	12-13	3	10-11	3	18-21
4	14-15	4	9-10	4	14-16	4	11-12	4	22-25
5	16-17	5	11-12	5	17-18	5	12-13	5	26-29
6	18-19	6	13-15	6	19-20	6	13-14	6	30-33
7	20-22	7	16-18	7	21-23	7	15-16	7	34-37
8	23-24	8	19-22	8	24-26	8	16-17	8	38-41
9	25-27	9	23-27	9	27-28	9	17-18	9	42-45
10	28-30	10	28-33	10	29-30	10	19-20	10	46-49
11	31-33	11	34-41	11	31-36	11	21-22	11	50-53
12	34-37	12	42-54	12	37-40	12	23-24	12	54-57
13	28-42	13	55-71	13	41-44	13	25-27	13	58-60
14	43-48			14	45-49	14	28-30	14	61-65
15	49-58			15	50-67	15	31-33	15	66-70
16	59-76			16	68-75	16	34-39		
						17	40-51		
						18	52-70		

## ANEXO D – TABELA 5 DE PONTUAÇÃO DO PEP-R (CONTINUAÇÃO)

Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)
6. Desempenho Cognitivo		7. Cognitivo Verbal	
0	0-8	0	0-15
1	9-10	1	16-17
2	11-12	2	18-20
3	13-14	3	21-22
4	14-15	4	23-24
5	16-17	5	25-26
6	17-18	6	27-28
7	19-20	7	29-30
8	21-22	8	31-32
9	22-23	9	33-34
10	24-25	10	34-35
11	25-26	11	36-37
12	27-28	12	37-38
13	29-30	13	39-40
14	31-32	14	41-42
15	33-34	15	43-44
16	35-36	16	45-46
17	37-38	17	47-48
18	39-40	18	49-50
19	41-43	19	51-52
20	44-45	20	53-54
21	46-48	21	55-56
22	49-51	22	57-59
23	52-55	23	60-62
24	56-60	24	63-65
25	61-72	25	66-68
26	73-76	26	69-72
		27	73-78

## ANEXO E – TABELA 6 DE PONTUAÇÃO DO PEP-R

Tabela 6								
Pontuação Total de Desenvolvimento de acordo com as Faixas Etárias								
Número de "Ps"	Idade (meses)		Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)	Número de "Ps"	Idade (meses)
0	0-3		33	16-19	66	24-29	99	43-46
1	0-3		34	16-19	67	25-29	100	43-47
2	1-3		35	16-20	68	25-30	101	44-48
3	1-4		36	16-20	69	25-30	102	44-49
4	2-4		37	16-21	70	26-30	103	45-49
5	3-5		38	16-21	71	26-31	104	45-50
6	4-6		39	17-21	72	27-31	105	46-50
7	5-7		40	17-21	73	27-32	106	46-51
8	6-8		41	18-21	74	28-32	107	47-51
9	7-9		42	18-21	75	29-33	108	47-52
10	8-10		43	18-22	76	29-34	109	48-53
11	9-11		44	18-22	77	30-34	110	49-54
12	9-12		45	18-22	78	30-35	111	50-54
13	10-12		46	19-22	79	30-35	112	51-55
14	10-13		47	19-22	80	31-35	113	52-56
15	11-13		48	19-23	81	31-36	114	52-57
16	11-14		49	19-23	82	32-36	115	53-58
17	12-14		50	19-24	83	32-37	116	54-59
18	12-15		51	19-24	84	33-37	117	54-60
19	12-15		52	20-24	85	34-37	118	55-60
20	12-16		53	20-24	86	34-38	119	56-61
21	13-16		54	20-25	87	35-38	120	57-62
22	13-16		55	20-25	88	35-39	121	58-63
23	14-16		56	21-25	89	36-40	122	59-65
24	14-16		57	21-25	90	36-41	123	61-66
25	14-17		58	21-26	91	37-42	124	63-68
26	14-17		59	21-26	92	37-42	125	65-70
27	15-17		60	22-26	93	38-43	126	67-72
28	15-17		61	22-26	94	39-42	127	68-73
29	15-18		62	23-27	95	40-43	128	70-74
30	15-18		63	23-27	96	41-44	129	71-75
31	15-19		64	23-28	97	41-45	130	73-78





## ANEXO H – ESCALA DO PERFIL DE COMPORTAMENTO

**PEP-R Escala do Perfil de Comportamento**

Nome \_\_\_\_\_ Caso \_\_\_\_\_

Data do teste \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Idade cronológica \_\_\_\_\_

Comece no centro do círculo. Preencha com preto o número de aros correspondentes ao número de itens pontuados G(grave) em cada área de Comportamento; Preencha de cinza o número de aros correspondentes ao número de itens pontuados M(moderado) nas respectivas áreas de comportamento e deixe em branco os itens remanescentes.

