

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO
UNESP
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem**

Carine Ramos de Oliveira

**CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO INFANTIL:
IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DO TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

Bauru
2017

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO
UNESP
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Carine Ramos de Oliveira

**CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO INFANTIL:
IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DO TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de Concentração: Desenvolvimento e Aprendizagem. Sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Bauru
2017

Oliveira, Carine Ramos.

Capacitação do Profissional da Educação Infantil:
Identificação Precoce de Sinais do Transtorno do
Espectro Autista / Carine Ramos de Oliveira, 2017.
113 f.

Orientador: Olga Maria Piazzentin Rolim
Rodrigues

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Engenharia, Bauru, 2017.

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Educação
Infantil. 3. Capacitação. I. Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de CARINE RAMOS DE OLIVEIRA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 14 dias do mês de julho do ano de 2017, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/ Câmpus de Bauru, Profa. Dra. MORGANA DE FATIMA AGOSTINI MARTINS do(a) Departamento de Educação / Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, Prof. Dr. SADAO OMOTE do(a) Departamento de Educação Especial e Programa de Pós-Graduação em Educação / Faculdade de Filosofia e Ciências - UNESP/ Câmpus de Marília, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de CARINE RAMOS DE OLIVEIRA, intitulada **CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

Profa. Dra. MORGANA DE FATIMA AGOSTINI MARTINS

Prof. Dr. SADAO OMOTE

Dedico este trabalho às pessoas que se dedicam constantemente a mim. Meus pais Euri e Antônia e meu amado companheiro de vida, Thiago. E a todos que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS

Acredito que a vida seja uma constante troca, em que recebemos e transmitimos. Neste período recebi muito aprendizado, carinho, apoio e compreensão e, por isto, sou grata a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente para que este trabalho se concretizasse. Certa de que muitas inspirações e contribuições ainda virão à minha vida acadêmica, elaboro um breve agradecimento:

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - campus Bauru, por todo subsídio, teórico e técnico fornecido.

À querida orientadora do presente trabalho, **Prof.^a Dr.^a Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues**, por todo carinho, paciência, contribuições e profissionalismo exemplar. Gratidão eterna por esta caminhada repleta de aprendizado e crescimento profissional e pessoal.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, **Prof.^a Dr.^a Morgana de Fátima Agostini Martins** e **Prof. Dr. Sadao Omote** por todas as excelentes contribuições para o presente trabalho.

A todos os funcionários da Secretaria Municipal de Educação de Bauru que acolheram nossas ideias e acreditaram no meu trabalho, sendo fundamentais para que esse trabalho se concretizasse. Gratidão especial ao **Prof. Me. Wagner Antônio Jr** e a **Katia de Abreu Fonseca**.

A todos os profissionais de Educação Infantil do Município de Bauru, que participaram deste trabalho e me ensinaram muito ao me permitir entrar no seu contexto de trabalho e partilhar de suas experiências.

Aos docentes do programa, que contribuíram para meu desenvolvimento acadêmico e profissional, em especial aos professores **Dr. Jair Lopes Junior**, **Dr. Kester Carrara**, **Dr.^a Sandra Leal Calais** e **Dr.^a Vera Lúcia Messias Fialho Capellini**.

Aos meus amados pais **Euri** e **Antônia**. Não existem palavras que traduzam a enorme gratidão que tenho por vocês. Obrigada por sempre me apoiarem e me incentivarem em todos os meus projetos e por sempre estarem ao meu lado me dando apoio financeiro e emocional para que todas as conquistas que almejo se concretizem. O amor de vocês me proporcionou resiliência para enfrentar todos os desafios do crescimento emocional e profissional, desta importante etapa. À minha irmã **Caroline**, por sua amizade e por sempre me auxiliar.

Em especial ao meu amado noivo **Thiago Franco**, por sempre me encorajar quando os dias foram difíceis, por permanecer paciente ao meu lado me dando força e auxílio a cada desafio. E por ter sido essencial para sustentar o processo de conclusão deste trabalho. Gratidão por todo apoio, carinho e companheirismo.

A todos os meus amigos e colegas que fizeram deste processo, um crescimento compartilhado, às minhas queridas amigas **Fernanda Longhini**, **Marina Cristina Zotesso** e **Táisa Scarpin Guazi**, grata por todo apoio e orientação que vocês me proporcionaram.

Obrigada a **Deus** pela força interior que me fez resistir a todos os dias em que eu pensei em desistir e a todos os anjos que estiveram no meu caminho nestes dois anos, me orientando e protegendo em todas as circunstâncias nas quais a vida exigiu de mim determinação e resiliência.

Em especial, meus agradecimentos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (**FAPESP**) pelo apoio financeiro e institucional a este trabalho (Bolsa de Mestrado, processo nº 2015/10010-9) e aos pareceristas pelas importantes contribuições desde a fase de elaboração deste estudo.



SUMÁRIO

	Página
RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO GERAL	12
ESTUDO 1 - Conhecimento dos Profissionais de Educação Infantil sobre o Transtorno do Espectro Autista	23
ESTUDO 2 - Capacitação de Profissionais da Educação Infantil para a Identificação de Sinais do Transtorno do Espectro Autista.	56
CONCLUSÕES GERAIS	100
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	108
Anexo I - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido	108
Anexo II - Questionário a ser respondido pelo profissional da Educação Infantil Adaptado FELICIO (2007)	109
Anexo III - Questionário a ser respondido pelo profissional da Educação Infantil – Versão Reduzida Adaptado FELICIO (2007).	110
APÊNDICES	111
Apêndice I -: Avaliação Pré e Pós 1º Encontro	111
Apêndice II - Avaliação Pré e Pós 2º Encontro.	112
Apêndice III - Avaliação Pré e Pós 3º Encontro.	113

OLIVEIRA, C. R. **Capacitação do Profissional da Educação Infantil: Identificação Precoce de Sinais do Transtorno do Espectro Autista.** 2017. 113f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser definido como um transtorno do desenvolvimento neurológico com base genética, identificável na primeira infância, com prejuízo persistente na comunicação social, presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividade, que limitam e prejudicam o desenvolvimento do indivíduo (APA, 2014). Este estudo parte do pressuposto que conhecer as características do TEA possibilita a identificação precoce dos seus sinais e, conseqüentemente, o encaminhamento de crianças para uma avaliação especializada. Dentro desta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo investigar e descrever o conhecimento e a experiência de profissionais da educação infantil com crianças com TEA e, elaborar, implementar e avaliar a eficácia de um programa desses profissionais para a identificação precoce de sinais do transtorno. Para tal esta pesquisa foi dividida em dois estudos. O primeiro teve como objetivo investigar e descrever o conhecimento de profissionais de Educação Infantil sobre o TEA, o contato destes com este transtorno ao longo de sua carreira na educação, suas decisões ao identificar crianças com sinais de TEA, os encaminhamentos caso tenha como aluno com este diagnóstico e, sua opinião sobre a importância do diagnóstico precoce para a educação infantil. Participaram deste estudo 170 profissionais de 22 escolas da rede pública municipal de Educação Infantil de um município do interior de São Paulo. Os dados indicaram desconhecimento dos profissionais a respeito da definição e características do transtorno, apesar da maioria dos profissionais afirmarem ter tido contato com pessoas com TEA. Observou-se, também, o despreparo e insegurança destes em relação ao trabalho com crianças com este transtorno, o que indica a necessidade de uma capacitação sobre o TEA para os profissionais de Educação Infantil visando à identificação precoce do mesmo. O segundo estudo visou elaborar, implementar e avaliar um programa de capacitação de profissionais da educação infantil para a identificação precoce dos sinais de TEA. Participaram do estudo 126 profissionais da Educação Infantil de 22 escolas da rede pública municipal de um município do interior de São Paulo. A capacitação foi composta por três encontros onde foram abordados: o conceito e características típicas do TEA, a prevalência do TEA na população, três escalas de rastreamento de sinais de TEA, possíveis encaminhamentos para avaliação dos sinais, entre outros temas. A avaliação da eficácia desta capacitação foi realizada comparando o desempenho dos profissionais em três momentos: antes da capacitação, imediatamente após e quatro meses depois (*follow-up*). Os resultados indicaram que a capacitação foi eficaz para a aquisição e manutenção de conhecimentos a respeito do TEA para este público, aumentando a chance de identificação precoce de sinais para o TEA e o conseqüente encaminhamento para uma avaliação especializada de uma equipe multiprofissional.

Palavra-chave: Transtorno do Espectro Autista; Educação Infantil; Capacitação.

OLIVEIRA, C. R. **Child Education Professional Training: Early Identification of Signs of Autistic Spectrum Disorder.** 2017. 113f. Dissertation (Master in Developmental Psychology and Learning), São Paulo State University, Faculty of Sciences, Bauru, 2017.

Abstract: Autistic Spectrum Disorder (ASD) can be defined as a genetic-based neurodevelopmental disorder, identifiable in early childhood, with persistent impairment in social communication, presence of restricted and repetitive behavior, interests, or activity, that limit and impair the development of the individual (APA, 2014). This study assumes that knowing the characteristics of ASD allows the early identification of its indicators and, consequently, the referral of children to a specialized evaluation. In this perspective, this research aimed to investigate and describe the knowledge and experience of early childhood education professionals with children with ASD, and to elaborate, implement and evaluate the effectiveness of a program of these professionals for the early identification of Indicators of the disorder. For this, this research was divided in two studies. The first one had the objective to investigate and describe: the knowledge of Early Childhood professionals about ASD; The contact of these with this disorder throughout their career in education; Their decisions in identifying children with ASD indicators; The referrals if you have a student with this diagnosis and your opinion about the importance of early diagnosis for early childhood education. A total of 170 professionals from 22 schools of the municipal public education system participated in this study. The data indicated that professionals were not aware of the definition and characteristics of the disorder, despite the fact that most professionals affirmed that they had contact with people with ASD. It was also observed the unpreparedness and insecurity of these in relation to working with children with this disorder, which indicates the need for training on the ASD for the professionals of Early Childhood Education aiming at the early identification of the same. The second study aimed at developing, implementing and evaluating a training program for early childhood education professionals for the early identification of ASD indicators. A total of 126 nursery school teachers from a municipality in the interior of São Paulo participated in the study. The training consisted of three meetings that dealt with: the concept and characteristics typical of ASD, prevalence, three scales of ASD indicators, possible referrals for evaluation of indicators, among other topics. The evaluation of the effectiveness of this training was performed comparing the performance of the professionals in three moments: before the training, immediately after and four months later (follow-up). The results indicated that the training was effective in acquiring and maintaining knowledge about ASD for this public, increasing the chance of early identification of indicators for ASD and the consequent referral to a specialized evaluation of a multiprofessional team.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Child education; Training.

INTRODUÇÃO GERAL

1.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Os conceitos que definem o autismo sofreram diversas modificações desde sua primeira aparição na história. Apesar de o termo autismo ter sido utilizado pela primeira vez por Bleuler, em 1911, para se referir à perda do contato com a realidade de suas pacientes com esquizofrenia, o primeiro a definir Autismo foi Kanner, em 1943, inicialmente denominado “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”. Este autor salientava a existência de uma distorção do modelo familiar, que ocasionaria alterações no desenvolvimento psicoafetivo da criança (hipótese da mãe geladeira) sem, no entanto, abandonar a possibilidade de existência de algum fator biológico da criança (TAMANAHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008).

Segundo Klin (2006), um ano depois, em 1944, sem ter contato com a teoria de Kanner, Hans Asperger, um pediatra austríaco com interesse em Educação Especial, descreveu quatro crianças que apresentavam dificuldades em se integrarem socialmente em grupos. Este estudo propôs a definição de um distúrbio que foi denominado por ele como “Psicopatia Autística”. Dentro desta perspectiva, Asperger ressaltou a natureza familiar da condição e, inclusive, levantou a hipótese de que os traços de personalidade fossem de transmissão ligada ao sexo masculino. Na tradução do estudo de Asperger para a língua inglesa, foi sugerida a substituição do nome “Psicopatia Autística”, ficando conhecida mundialmente como “Síndrome de Asperger”.

A aproximação diagnóstica entre os quadros clínicos descritos por Kanner e Asperger foi realizada no início da década de 1970, com a proposta de identificação da “Psicopatia Autística” como uma entidade nosológica e, também, o delineamento do estudo comparativo

entre esta condição e o quadro de Autismo Infantil (TAMANAHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008). No entanto, as tentativas iniciais de comparar as duas condições foram complicadas devido às grandes diferenças nos pacientes descritos. Um dos pontos foi o fato que os pacientes de Kanner eram mais jovens e possuíam maior prejuízo cognitivo. Em 1980, este transtorno passou a ser classificado como um desvio do desenvolvimento e não um atraso. A partir dos anos 1990, houve um retorno às teorias de Kanner e os prejuízos sociais voltaram a ser enfatizados.

Mais recentemente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV Tr (APA, 2002), assim como a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1998) estabeleceram critérios para a identificação deste transtorno. Na quarta revisão do DSM, foram propostas as classificações tanto do Autismo Infantil quanto da “Síndrome de Asperger” como subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Nesta grande categoria ainda estavam incluídos o “Transtorno de Rett”, “Transtornos Desintegrativos da Infância” e os “Transtornos Globais do Desenvolvimento sem outra especificação”.

Atualmente, na quinta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-V (APA, 2014), a terminologia utilizada para se referir a este transtorno é “Transtorno do Espectro Autista” confirmando algumas das condições descritas anteriormente, excetuando o “Transtorno de Rett” e o “Transtorno Desintegrativo da Infância”. Neste manual o quadro clínico do “Transtorno do Espectro Autista” (TEA) apresenta-se com quatro características essenciais do transtorno: o prejuízo persistente na comunicação e interação social e recíproca; padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividade; a presença destes sintomas desde a primeira infância e, a limitação do funcionamento diário do indivíduo. O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com as características do indivíduo e do seu ambiente.

Por ser um transtorno descoberto recentemente em comparação com outras deficiências, a definição do Transtorno do Espectro Autista (TEA) ainda não é um consenso na literatura. Deste modo, um levantamento sobre os principais aspectos nas diversas definições apresentadas na literatura foi preciso para o desenvolvimento deste trabalho. Os autores e os aspectos utilizados na definição de TEA serão relacionados na Tabela 1.

Tabela 1 – Aspectos da definição de Transtorno de Espectro Autista e referências dos autores que citam estes aspectos.

Aspectos da definição	Referências
Componente genético	KLIN (2006); LAMPREIA (2009); OZONOFF et al. (2010); GARCIA; LAMPREIA (2011); LAMPREIA (2013); SCHLICKMANN; FORTUNATO (2013); APA (2014); COUTINHO; BOSSO (2015); CHRISTENSEN, et al. (2016).
Implica atraso no desenvolvimento	KANNER (1943); AIELLO (2002); APA (2002); PARAVIDINI (2002); SIKLOS; KERNS (2007); SILVA; MULICK (2009); GARCIA; LAMPREIA (2011); REICHOW (2012); BRASIL (2013); LAMPREIA (2013); APA (2014); ZANON; BACKES; BOSA (2014).
Déficits na comunicação social	KANNER (1943); AIELLO (2002); APA (2002); KLIN (2006); PEREIRA et al. (2008); SANTOS; SANTOS (2012); BRASIL (2013); CARVALHO et al. (2013); APA (2014); SAMPAIO; MIURA (2015).
Apresenta comportamento repetitivo e estereotipado e interesses restritos	APA (2002); PEREIRA et al. (2008); BRASIL (2013); SCHLICKMANN; FORTUNATO (2013); APA (2014); CHRISTENSEN et al. (2016).

Segundo o DSM- V (APA, 2014) a prevalência do TEA na população mundial é de 1%, com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. Este transtorno tem sido quatro vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino, sendo que as meninas têm mais propensão a apresentar deficiência intelectual concomitante. O diagnóstico é essencialmente clínico, por meio de observação do comportamento da criança e do relato dos

responsáveis sobre a história de vida do indivíduo. É possível perceber que os sinais do transtorno podem ser observados durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possam ser vistos antes dos 12 meses de idade, caso sejam mais graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem sutis. Algumas crianças apresentam, ainda, a perda de habilidades já adquiridas, um fato que pode sinalizar indícios de TEA e é preciso ser investigado por uma equipe multiprofissional. Epidemiologicamente o CDC (*Centers of Disease Control*) estimou, recentemente, a incidência do Transtorno do Espectro Autista em um a cada 68 nascimentos (CDC, 2016).

1.2 Identificação precoce de sinais do Transtorno do Espectro Autista

Diversos estudos ressaltam a importância do acesso a uma intervenção precoce para a melhora do quadro clínico no caso do TEA. Pesquisadores defendem que a precocidade do diagnóstico e da intervenção gera ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento do indivíduo, fato este associado à plasticidade cerebral (REICHOW, 2012; SIKLOS; KERNS, 2007; ZANON; BACKES; BOSA, 2014). Os ganhos consequentes da intervenção precoce podem reduzir consideravelmente os gastos do tratamento das crianças com TEA, tanto para a família como para o sistema de saúde pública. Siklos e Kerns (2007) estipularam, em sua pesquisa, quatro fatores que podem ter influência no atraso do diagnóstico precoce no caso do transtorno do espectro autista, são eles: a variabilidade dos sintomas e as diversas possibilidades de expressão do TEA; as limitações da avaliação de criança em idade pré-escolar, devido à demanda por instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária; a falta de profissionais treinados e habilitados para reconhecer os sinais para este transtorno e, a escassez de serviços especializados que atendam e intervenham com esta população.

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é baseado na observação clínica do comportamento, de características do indivíduo e no relato da história de vida, oferecida pelos pais ou responsáveis (LOSAPIO; PONDÉ, 2008). Nos Estados Unidos a identificação deste transtorno é feita geralmente aos três anos de idade. No entanto, no Brasil, o diagnóstico é fechado por volta do cinco anos (BRASIL, 2013), mesmo estudos comprovando que a identificação de sinais de TEA ser possível já por volta dos 18 meses de idade (LAMPREIA, 2009; OZONOFF et al., 2010). O atraso no diagnóstico pode agravar os *déficits* no desenvolvimento provocado pelo autismo, agregando ainda mais sofrimento à criança e à família (SILVA; MULICK, 2009). Paravidini (2002) ressalta a importância de uma identificação precoce de sinais de autismo já nos primeiros anos de vida da criança para que ela possa ser exposta a um tratamento eficaz o mais rápido possível.

Enfatizando a importância da identificação dos sinais iniciais deste transtorno, o Ministério da Saúde, em 2014, organizou uma cartilha sobre as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (BRASIL, 2014). Nesta publicação foi ressaltada a relevância da identificação precoce para a instauração imediata de intervenções como a exposição a um tratamento multiprofissional, com diversas possibilidades de estimulação. Suas diretrizes visam um prognóstico mais preciso, atingindo resultados significativos em relação ao desenvolvimento pleno do indivíduo, devido a uma maior plasticidade das estruturas anátomo - fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida, assim como a importância das experiências interacionais para a constituição e desenvolvimento psicossocial da criança.

A fim de viabilizar a detecção precoce dos sinais de TEA alguns instrumentos importantes têm sido traduzidos e validados para o Brasil. Dentre os mais utilizados são: a Escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*); o IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil); a ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised* ou

Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada), a CARS (*Childhood Autism Rating Scale* ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância), o ESAT (*Early Screening for Autistic Traits*) e a ATA (*Avaliação de Traços Autísticos*). A Escala M-CHAT é a sugerida na cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) enquanto que a Associação de Amigos do Autista (AMA) recomenda os demais instrumentos para a identificação do autismo. É importante salientar que estes instrumentos são de rastreamento/triagem, que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, a fim de detectar alterações significativas no desenvolvimento do indivíduo. Eles fornecem informações que levantam a suspeita do diagnóstico, sendo necessário o encaminhamento para um profissional treinado e capacitado ou, ainda, uma equipe multiprofissional, para fazer o diagnóstico (BRASIL, 2013).

1.3 Escolarização da criança com Transtorno do Espectro Autista

A chegada dos alunos com TEA nas classes de educação regular tem pouco mais de uma década e, por ser recente, ainda gera polêmicas entre escola, família e setores públicos da saúde. Apesar dos avanços importantes em relação à formação de professores no Brasil, tanto em termos de legislação, quanto na produção de conhecimento acadêmico, ainda é possível perceber um *déficit* nesta formação em relação ao conhecimento sobre o TEA (FIORINI, 2017; SAMPAIO; MIURA, 2015). A lei que fundamenta e regula o ensino no país é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB 9394/96), aprovada em 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996). Esta lei foi criada visando iniciar um processo de mudança em todos os níveis da educação, os quais foram reorganizados em: educação básica (a qual contém a educação infantil – 0 a 5 anos, o ensino fundamental – 1º ao 9º ano, o ensino médio – 1º ao 3º ano) e ensino superior. Existem, ainda, algumas modalidades de educação, que perpassam todos os níveis da educação nacional, como: a Educação Especial (responsável por atender

aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, preferencialmente na rede regular de ensino); a Educação à distância (por meio da utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação); Educação Profissional e Tecnológica (prepara para o mercado de trabalho); Educação de Jovens e Adultos (atende indivíduos que não tiveram acesso à educação na idade apropriada) e, Educação Indígena (para atender comunidades indígenas, de forma a respeitar a cultura e língua materna de cada tribo) (PLETSCH, 2009). Desde então alguns artigos da LDB sofreram alterações à medida que a discussão sobre o ensino acontecia e a necessidade de mudança se tornasse iminente. Cury (2016) salienta uma modificação na LDB que vem sendo discutida desde 1999 e que entrou em vigor pela Lei Nº 12.796, de quatro de abril de 2013, a qual define como formação básica do professor o ensino superior. Entretanto, ainda é aceito na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental a formação mínima em curso relativo ao ensino médio (antigamente conhecido como magistério ou curso normal). A mais recente modificação na LDB se deu pela Lei nº 13.415, aprovada em 16 de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017), que regulamentou a carga horária mínima anual para o ensino fundamental e médio, para oitocentas horas, distribuídas por um mínimo de duzentos dias de trabalho escolar.

A educação de crianças com deficiência passou a ser discutida no país, a partir das diretrizes propostas pelo documento da “Declaração Mundial sobre Educação para Todos”, em uma conferência que ocorreu em Jomtien, na Tailândia, em março de 1990, num movimento que preconizava o direito de todos à educação, juntamente com seus pares (UNESCO, 1990). Em 1994, a Declaração de Salamanca (1994) teve como princípio básico a inclusão escolar explicitando que as escolas reconheçam as diversas necessidades educacionais dos indivíduos e a elas respondam, de maneira a assegurar-lhes o direito a uma educação de qualidade, proporcionar aprendizagem por meio de currículo apropriado e

promover modificações organizacionais, estabelecendo estratégias de ensino e uso de recursos apropriados às necessidades dos alunos.

A Resolução CNE/CP Nº 1, de 15 de maio de 2006 (BRASIL, 2006b, p. 1) que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, em seu artigo 10º, modificou o modelo de formação inicial extinguindo as habilitações dos cursos de Pedagogia. Nestes documentos a Educação Especial foi removida da formação inicial e passou a ser oferecida em nível de pós-graduação lato sensu. No entanto, de acordo com autores como Caramori (2014) e Pletsch (2009) a formação dos professores e agentes educacionais, no Brasil, segue um modelo tradicional defasado, sendo inadequado para suprir as necessidades da educação inclusiva. A autora aponta, ainda, que de maneira geral as licenciaturas não preparam o professor para lidar com a heterogeneidade que a inclusão traz consigo o que gera uma inclusão precarizada. Deste modo, o professor especialista em Educação Especial, surge como alternativa para a efetiva inclusão educacional, oferecendo apoio educacional especializado ao educando, individual ou em grupo, dependendo das necessidades.

Neste contexto, Souza e Bridi (2011) ressaltaram que apesar da Política Nacional de Educação Especial prever a articulação do Atendimento Educacional Especializado (AEE) com a proposta pedagógica do ensino comum, não é possível identificar conteúdos que abordem esta temática ou, ainda, espaços para a discussão de como esta articulação deve ser feita nos cursos de formação continuada para este atendimento. Os autores argumentam, ainda, que o predomínio da modalidade à distância na formação continuada em Educação Especial e o pragmatismo presente nas propostas dos cursos, visando à ampliação do acesso aos cursos e o barateamento dos custos, aponta para uma preocupante ausência de reflexão e discussão de base teórica e conceitual. Tais bases, que fundamentam as práticas pedagógicas

com os alunos da Educação Especial, têm levado a uma manutenção do modelo de sobreposição da Educação Especial ao ensino comum, prejudicando a articulação destes.

Quando as crianças com deficiência tiveram sua matrícula garantida no sistema regular de ensino, observaram-se mudanças no sistema de Educação Especial. No sistema federal e municipal as classes especiais foram substituídas pelas salas de recursos multifuncionais com professores especializados polivalentes que também podem ser professores itinerantes (atendendo em mais de uma escola). O Atendimento Educacional Especializado (AEE) é um sistema Federal/ Municipal que foi implantado com a função de identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade para garantir a participação plena dos alunos, eliminando barreiras e considerando as necessidades específicas de cada um deles (BRASIL, 2008). Segundo o documento as atividades desenvolvidas no AEE devem ser diferentes das realizadas na sala de aula comum e não a substituí, pelo contrário, espera-se que complemente a formação dos alunos visando à autonomia na escola e fora dela. Deste modo, o AEE ocorre na sala de recursos multifuncionais da própria escola ou em outra escola de ensino regular, no turno inverso da escolarização do aluno.

A Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, garante os direitos das pessoas com transtornos do espectro autista ou com transtornos globais do desenvolvimento, dentre os direitos da pessoa com TEA, o acesso à educação (Art. 3º, inciso IV), confirmando o Decreto nº 7.611/2011, artigo 9º, que dispõe sobre a Educação Especial e o Atendimento Educacional Especializado, que prevê ações especializadas associadas à escola regular e assegura aos alunos com TEA o direito ao atendimento educacional especializado (AEE) no contra turno do ensino regular, a ser realizado em salas de recurso multifuncionais (BRASIL, 2011, 2012). A Lei nº 12.764 (BRASIL, 2012) fornece, ainda, amparo legal aos alunos com TEA, os quais passam a ser considerados Público Alvo da Educação Especial (PAEE), passando a serem

considerados pessoas com deficiência, tendo direito a todas as políticas de inclusão do país e, entre elas, as de educação. Apesar do todo o respaldo legal para a educação de pessoas com TEA, pesquisas apontam um despreparo dos profissionais da educação com este público (GOMES; MENDES, 2010; SCHMIDT et al., 2016).

Aiello (2002) explicita que todos os profissionais envolvidos com a criança devem estar informados e familiarizados com os sinais do TEA, salientando que esta é uma tarefa que exigirá esforço de todos os envolvidos, a fim de propiciar a detecção precoce dos sinais de autismo e o encaminhamento a intervenções adequadas, com o objetivo de atingir resultados mais promissores. Neste contexto, os professores podem ser considerados agentes potenciais de identificação precoce de identificadores do TEA, à medida que passam um tempo considerável com a criança e, teoricamente, deveriam possuir conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil.

No entanto, alguns estudos têm demonstrado que os profissionais da Educação Infantil e os professores de Educação Especial possuem um conhecimento precário em relação às características, definição e sinais do Transtorno do Espectro Autista, o que prejudica a identificação precoce de sinais para o transtorno, atrasando o acesso ao tratamento (MISQUIATTI et al., 2014; SAMPAIO; MIURA, 2015; SANTOS; SANTOS, 2012; GIARDINETTO; LOURENÇO; CAPELLINI, 2013). Os autores sugerem que é necessária uma capacitação para professores para que a identificação precoce dos sinais de TEA seja viabilizada.

A partir do todo o contexto apresentado, este trabalho visou verificar o conhecimento de profissionais da Educação Infantil sobre o TEA e analisar a eficácia de um curso para instrumentalizá-los para a identificação precoce de sinais de TEA em crianças. Enquanto objetivos específicos propõem-se:

- Investigar o conhecimento de profissionais de Educação Infantil sobre o TEA, descrever o contato com este transtorno ao longo da carreira na Educação, suas decisões e solicitações ao trabalhar com uma criança com sinais de TEA, assim como a opinião destes sobre a importância do diagnóstico precoce para a Educação Infantil.
- Elaborar, implementar e avaliar um programa de capacitação de profissionais da Educação Infantil para a identificação precoce dos sinais de TEA, comparando o seu desempenho em três momentos: antes da capacitação, imediatamente após e quatro meses depois (*follow-up*).

Para responder estes objetivos arrolados, dois estudos foram conduzidos e descritos a seguir.

**ESTUDO 1: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO
INFANTIL SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser definido como um transtorno que afeta o desenvolvimento neurológico gerando prejuízos em duas grandes áreas: na comunicação social e na manifestação de padrões restritos de interesses, atividades e comportamentos (APA, 2014). Devido a grande variabilidade de manifestações sintomatológicas, não foi possível, ainda, determinar a etiologia do transtorno. Assim, apesar das pesquisas na área, não se determinou qualquer aspecto biológico, ambiental ou da interação entre ambos, que contribua para a manifestação do TEA (COUTINHO; BOSSO, 2015; SCHLICKMANN; FORTUNATO, 2013). No entanto, acredita-se que este distúrbio apresente um forte componente genético, pois a possibilidade de ocorrência do TEA em uma família que já possui uma criança autista é considerada elevada (de 3% a 8%).

Na quinta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-V (APA, 2014), o Transtorno do Espectro Autista se configura por apresentar como características essenciais: o prejuízo na comunicação e interação social em diversos contextos; e padrões repetitivos e restritos e de interesses ou comportamentos. Segundo este manual, o critério para diagnóstico é que estes sintomas estejam presentes desde o início da infância e limitam o funcionamento diário do indivíduo. O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com as características do indivíduo e seu ambiente. No entanto, segundo a APA, é oportuno ressaltar que nem todas as pessoas que apresentam o TEA possuem todas as características descritas, sendo que algumas podem apresentar um número restrito assim como a intensidade pode variar entre uma e outra, se iniciando na primeira infância.

A APA (2014) sugere critérios para a identificação do TEA. Os prejuízos na comunicação e na interação social especificados no Critério A são pervasivos e sustentados,

sendo assim, imprescindível para a identificação consultar as pessoas que tenham contato com esta criança em vários contextos, como educadores, cuidadores e familiares e, quando possível, considerar o autorrelato. As crianças com TEA podem ter como principais características: não compartilham interesses; apresentam dificuldades em demonstrar empatia; são inadequados ao abordar e responder aos interesses de seus pares; apresentam prejuízo no uso de comportamentos não verbais e, tem dificuldades na vinculação social. Já as alterações de comportamento podem criar padrões restritos de interesses (Critério B), como por exemplo: manipulação sem criatividade dos objetos; ausência de atividade exploratória; preocupação com as partes de objetos; adesão a rotinas rígidas; mudanças súbitas de humor; hipo ou hiper responsividade aos estímulos sensoriais e, manifestação de comportamentos auto lesivos (APA, 2014). Esses sintomas devem estar presentes desde o início do desenvolvimento do indivíduo (Critério C) e limitar ou prejudicar o funcionamento diário (Critério D).

A incidência do TEA tem aumentado de forma significativa, afetando aproximadamente uma a cada 150 crianças e adolescentes em todo o mundo (SCHLICKMANN; FORTUNATO, 2013). De acordo com os dados do *Center of Diseases Control and Prevention*, a prevalência do transtorno nos Estados Unidos é de uma a cada 68 crianças, sendo quatro vezes mais encontrada no sexo masculino (CHRISTENSEN et al., 2016). No Brasil, Paula et al. (2011) comprovou a incidência de TEA em 2,7 crianças autista a cada 10000 nascimentos. Este aumento pode se dever à maior incidência do transtorno na população como, também, pela melhora na precisão de identificação de sinais e aumento de diagnósticos (com produção de novos métodos e testes de rastreamento), que anteriormente não eram efetuados. No entanto, o conhecimento da população em geral a respeito deste transtorno não tem acompanhado tal crescimento.

Paravidini (2002) e Aiello (2002) ressaltam a importância de uma identificação precoce dos sinais de TEA já nos primeiros anos de vida da criança para que ela possa ser exposta a um tratamento eficaz, focado na redução de prejuízos e estimulação de comportamentos alternativos, o mais rápido possível, envolvendo os diversos ambientes em que a criança está inserida e os esforços de todos os diretamente envolvidos (família, professores, gestores e profissionais de saúde). Tal identificação proporcionaria, ao indivíduo, melhores condições para se desenvolver, evitando as condições incapacitantes inerentes ao transtorno, as quais podem dificultar a possibilidade desta criança atingir o pleno desenvolvimento de suas capacidades.

Os estudos de Garcia e Lampreia (2011) identificaram dois fatores que parecem dificultar a identificação do TEA no primeiro ano de vida: o pouco conhecimento do desenvolvimento inicial daqueles bebês que receberam o diagnóstico aos três anos e o fato de que os sinais de autismo podem mudar consideravelmente com a idade, sendo mais sutis nos primeiros meses e mais aparentes quando a criança fica mais velha. De acordo com estas autoras, embora ainda não haja consenso sobre quais comportamentos observar para a identificação do TEA nesta faixa etária, há um crescente volume de conhecimentos sugerindo a possibilidade de identificação de sinais de TEA neste período. Os primeiros estudos sobre o desenvolvimento inicial de autismo (LAMPREIA, 2008; WETHERBY et al., 2004) utilizaram o vídeo familiar retrospectivo, para auxiliar no diagnóstico. Em muitos casos, tais vídeos contribuíram para a identificação de sinais de risco entre nove e vinte e quatro meses de idade, demonstrando que as crianças diagnosticadas posteriormente já apresentavam estes sinais e, desta forma, poderiam ter sido identificadas precocemente para um acesso mais rápido à estimulação.

Para que a estimulação destas crianças ocorra de forma eficiente, é preciso refletir sobre como será a escolarização deste indivíduo. Embora haja uma especulação maior a

respeito dos direitos de uma pessoa com TEA e forte produção literária em relação à educação inclusiva, a educação desses alunos ainda está longe de ser realmente o que é previsto pela lei, sobretudo ao que tange a sua permanência na escola através da qualidade de oportunidades de ensino e aprendizagem. A pouco mais de uma década, alunos com TEA compõem classes de educação regular, no entanto a sua presença ainda gera polêmicas entre escola, família e setores públicos da saúde. É importante ressaltar que as dificuldades de interação social apresentadas pelas crianças com TEA não impedem a sua escolarização (SAMPAIO; MIURA, 2015). No entanto, para as autoras, as questões referentes à escolarização desses alunos demandam da escola adaptações de currículo, transformações e a valorização do corpo docente no que diz respeito à formação e conhecimento das características deste transtorno. A falta de conhecimento a respeito do tema afeta diretamente o trabalho pedagógico, prejudicando o planejamento de atividades inclusivas e adaptadas ao comportamento do aluno e construção de rotinas que corroborem com seu pleno desenvolvimento, na medida em que o indivíduo possa identificar quais serão as atividades do dia, como estas serão divididas na sala de aula e, compreender seu papel no ambiente escolar. As autoras concluem que o conhecimento sobre o Transtorno leva às práticas pedagógicas baseadas em evidências.

Alguns estudos investigaram o conhecimento dos profissionais da Educação em relação ao TEA. Felício (2007) constatou o conhecimento restrito e insuficiente de professores da Educação Básica para lidar com autistas em sala de aula, questionando 38 professores sobre a definição, as características, contato destes profissionais com o transtorno por meio de mídia, assim como o papel do professor no trabalho com indivíduos com TEA. A autora conclui apontando a necessidade de oferecimento de cursos e formação continuada em serviço para este público, a fim de garantir intervenções e planejamento de atividades mais eficazes para indivíduos com autismo ou outras deficiências.

Santos e Santos (2012), mapearam as concepções de senso comum reproduzidas pelos professores a respeito do autismo. O estudo foi composto por 16 professores do ensino fundamental da rede municipal de Recife, os quais foram separados em dois grupos: o primeiro contendo nove participantes com experiência de, no mínimo, dois anos com alunos com autismo e, outro, com sete participantes que nunca tiveram contato com alunos com autismo. Obtiveram como resultados que os professores de ambos os grupos compartilham da hipótese de que essas pessoas conseguem oscilar entre o contato social e reclusão, assim como a ideia de que se fecham em um mundo interior, atribuindo, ainda, a presença de inteligência excepcional aos autistas.

Outra pesquisa nesta perspectiva foi a de Misquiatti et al. (2014), que fizeram um estudo cujo objetivo foi analisar o conhecimento de professores de ensino fundamental sobre a comunicação de pessoas com transtorno do espectro do autismo, comparando dois momentos distintos, antes e depois de uma intervenção, que consistiu em orientar e capacitar estes profissionais a respeito das características do TEA e da comunicação dos autistas. Os resultados mostraram que os profissionais da Educação previamente possuíam um restrito conhecimento a respeito do tema e que a intervenção apesar de limitada, trouxe resultados satisfatórios, já que a avaliação pós-intervenção mostrou que os profissionais apresentaram conhecimento significativo de características da comunicação no autismo. As autoras destacaram que programas de capacitação e formação de professores com alunos com TEA são insuficientes e restritos em número quando se trata de abrangência em relação ao número de educadores e, muitas vezes, escassos e limitados em conteúdo.

Sampaio e Miura (2015) buscaram investigar as concepções de 10 professores do ensino fundamental I da rede regular de ensino, sobre o TEA. A coleta de dados foi constituída por entrevista semiestruturada e todos os profissionais entrevistados possuíam alunos com TEA. Os resultados permitiram observar que os conhecimentos dos profissionais

a respeito do TEA estiveram divididos basicamente entre dois aspectos: aqueles relacionados às concepções do DSM-IV a respeito do transtorno e respostas que demonstraram a dificuldade e a falta de conhecimento a respeito da identificação das necessidades dos alunos e dos recursos a serem utilizados com vistas ao seu desenvolvimento.

O pequeno número de artigos nacionais encontrados sobre o tema sugere uma lacuna na literatura, evidenciando a necessidade de verificar o que os profissionais da Educação Infantil conhecem sobre TEA e sobre os instrumentos que possibilitam sua identificação de sinais do transtorno. Os profissionais da educação infantil tem contato constante com crianças na faixa etária de seis meses a cinco anos e podem identificar manifestações comportamentais que podem indicar sinais para o desenvolvimento do transtorno, desde muito cedo (a partir dos seis meses, geralmente quando os bebês começam a interagir com os adultos de modo voluntário), à medida que estejam instrumentalizados e conheçam quais comportamentos devem ser observados.

2. OBJETIVO

Pretendeu-se, neste estudo, investigar o conhecimento de profissionais de Educação Infantil sobre o TEA, como foi o contato que eles tiveram com este transtorno ao longo de sua carreira na Educação, suas decisões ao identificar sinais de TEA em uma criança, as solicitações caso recebam como aluno uma criança com este diagnóstico e sua opinião sobre a importância do diagnóstico precoce para a Educação Infantil.

3. MÉTODO

3.1 Procedimentos Éticos

Inicialmente o projeto foi apresentado à Secretaria de Educação da cidade de Bauru-SP, a fim de pedir autorização e respaldo para a aplicação da pesquisa nas Escolas Municipais de Educação Infantil do município. Após a autorização este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP, campus de Bauru (Protocolo nº: 1.109.112), respeitando a resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Antes da aplicação do instrumento de coleta, os profissionais e a direção das escolas de Educação Infantil do município que aceitaram participar do estudo foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos e procedimentos e convidados a participarem de modo voluntário, isentos de qualquer ônus, uma vez que a mesma ocorreria em seu local e horário de trabalho. Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (modelo no ANEXO I).

3.2 Participantes

A cidade de Bauru, SP, conta com 23 escolas de Educação Municipal Infantil Integrada (EMEI) cuja característica é o atendimento em período integral, de crianças de seis meses a cinco anos. Todas as escolas foram contatadas e, delas 22 (95,65%) concordaram em participar deste projeto. Após o convite, dos 190 profissionais que participam do período de Atividade de Trabalho Pedagógico Coletivo (ATPC) destas escolas, 170 (89,47%) aceitaram participar. Dos participantes, 98,7% eram do sexo feminino, com idade entre 27 e 70 anos, sendo a média de idade de 42,3 anos e a faixa etária mais frequente foi de 27 a 35 anos. Em relação à profissão, observa-se que 82% dos participantes eram professores. Dos participantes, 134 (78,82%) informaram o tempo de experiência trabalhando como

educadores. O tempo médio foi de 17,4 anos. Em relação ao nível de escolaridade da amostra, 91,77% tem ensino superior completo em Pedagogia. Destes, 28,24% afirmaram ter feito curso de pós-graduação (*lato senso ou stricto senso*). Os cursos de pós-graduação mais frequente entre os participantes desta pesquisa foram a Especialização em Psicopedagogia (48,68%) e Especialização em Educação Infantil (23,68%). A Tabela 1 descreve os dados dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Descrição dos dados dos profissionais da Educação Infantil participantes da pesquisa.

Característica	Número	de	Porcentagem
	participantes		
Idade			
De 27 a 35 anos	58		34,12%
De 36 a 45 anos	45		26,47%
De 46 anos ou mais	62		36,47%
Não respondeu	5		2,94%
Total	170		100%
Profissão			
Agente educacional cuidador	3		1,76%
Auxiliar de creche	5		2,94%
Diretora	22		12,95%
Professor (a)	140		82,35%
Total	170		100%
Nível de escolaridade			
Ensino Médio Completo	11		6,47%
Ensino Superior Completo	108		63,53%
Pós-Graduação	48		28,24%
Não Respondeu	3		1,76%
Total	170		100%

Fonte: Ficha de Sondagem de dados sociodemográficos elaborado por esta pesquisadora.

3.3 Materiais

Nesta pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta o *Questionário a Ser Respondido pelo Profissional da Educação Infantil* (FELICIO, 2007) adaptado para este

estudo (ANEXO II). Ele continha oito questões que buscavam investigar o conhecimento destes profissionais sobre o TEA, assim como o contato que eles tiveram com este transtorno ao longo de sua carreira na educação. Na adaptação feita foram excluídas as questões 6, 7 e 8 do questionário original e incluídas as cinco questões a seguir:

“Na sua experiência profissional você já teve contato com uma criança com TEA? Como foi esta relação?”;

“Se uma criança da sua sala apresentasse características que você julga de TEA, que decisões tomariam?”;

“Caso recebesse uma criança com diagnóstico de TEA em sua turma, o que você solicitaria?”;

“Em sua opinião, qual a importância do diagnóstico de transtorno do espectro autista para a educação infantil?”;

“Assinale, entre os materiais citados abaixo, quais você conhece informando onde tomou contato com ele: a) ESAT (Early Screening for Autistic Traits), b) DAI (Disorders Autistic Investigations), c) M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), d) CARS (Childhood Autism Rating Scale), e) Inventário para identificação rápida de sinais de autismo, f) Outro (citar)”.

Os participantes preencheram a Ficha de Sondagem de Dados Sociodemográficos, contendo informações pessoais e sobre a formação profissional e tempo de experiência, elaborado especificamente para este estudo.

3.4 Procedimentos de coleta

Como descrito acima, após a aprovação da Secretaria Municipal de Educação, a primeira etapa do procedimento de coleta consistiu na identificação da amostra por conveniência, inicialmente entrando em contato com cada escola de Educação Infantil Integrada (EMEII) da rede pública municipal, com o objetivo de apresentar este trabalho e convidar os profissionais a participar do estudo.

A partir do aceite em participar da pesquisa foram agendadas datas com a direção de cada escola. Neste dia, em horário de ATPC (Atividade de trabalho pedagógico coletivo) os participantes responderam individualmente ao questionário nas dependências de cada uma das 22 escolas (ANEXO 2). A aplicação do questionário foi coletiva com oito professores, em média, em cada aplicação e durou, aproximadamente, 40 minutos em cada escola.

3.5 Procedimentos de Análise de Dados

Na análise de dados inicialmente foram feitas as transcrições das respostas de todos os participantes para uma planilha no computador. Em seguida foi executada a exploração do material e a categorização dos dados, que consistiu em uma leitura geral das respostas, as quais foram agrupadas em categorias e subcategorias de acordo com a semelhança. No entanto, algumas categorias foram definidas previamente conforme a literatura, quando envolviam conceitos sobre o TEA (como definições e principais características). Os dados foram organizados em tabelas demonstrando a frequência em que cada categoria apareceu nas respostas dos participantes.

4. RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados seguindo a ordem das questões do *Questionário a ser respondido pelo profissional da Educação Infantil* (FELICIO, 2007) adaptado para este estudo (ANEXO II). A aplicação deste questionário possibilitou uma descrição geral dos conhecimentos e do contato que os participantes tiveram com o TEA ao longo de suas carreiras na educação.

A primeira questão refere-se à definição do Transtorno do Espectro Autista e, a fim de ter um parâmetro de comparação, foram elencados quatro aspectos essenciais para uma definição correta do transtorno do espectro autista, de acordo com a literatura revisada para este estudo. Tais aspectos são: 1 – Forte componente genético; 2 – Implica atraso no desenvolvimento; 3- Déficits na comunicação social e, 4- Apresenta comportamento repetitivo e estereotipado e interesses restritos. Dentro desta perspectiva, as categorias criadas

com base nestes quatro aspectos foram: Resposta Correta (considerada quando continha pelo menos três dos quatro aspectos elencados acima); Parcialmente Correta (quando foi citado apenas um dos aspectos da definição correta); Incorreta (quando não continha nenhum aspecto da definição oficial, sendo respostas baseadas em senso comum ou expressões vagas) e, Não Respondeu (quando havia a ausência de resposta a esta questão). As respostas para esta questão estão descritas na Tabela 2. Observa-se que dos 170 participantes, 45 (26,47%) não responderam a questão.

Tabela 2- Frequência das categorias sobre a definição do TEA.

Categorias de Respostas	Frequência	(%)
Definição Correta	9	5.29
Definição Parcialmente Correta	78	45.88
Definição Incorreta	38	22.35
Não respondeu	45	26.47
Total	170	100

A categoria considerada Correta apareceu para nove (5,29%) dos participantes. São exemplos de respostas nesta categoria:

“Apresenta dificuldades na socialização, comunicação e comportamento considerado uma tríade da deficiência que pode ou não determinar outros sinais” (P52);
“É um transtorno que a cça já nasce com ela não é adquirido e pode ter vários graus comprometendo relações sociais, comunicação e o desenvolvimento. Alguns casos apresentam altas habilidades como hiperlexia” (P133).

Na categoria Parcialmente Correta, 78 participantes (45,88%) apresentaram, como os exemplos a seguir:

“Um distúrbio do desenvolvimento que prejudica a capacidade de se comunicar e interagir com as pessoas” (P92)
“Condição da criança que apresenta dificuldade na convivência social” (P110).

Aquelas consideradas Respostas Incorretas, foram apresentadas por 38 participantes (22,35%).

“O autista vive num mundo que é só dele, alheio a nossa realidade” (P70).

“Um transtorno que impede a comunicação entre portador e o mundo que o rodeia” (P29).

A Tabela 3 mostra as respostas à segunda questão que investigou os conhecimentos dos profissionais sobre as características típicas de indivíduos com transtorno do espectro autista. Como na questão anterior, as categorias foram elaboradas a partir da literatura. Destarte foram elencadas cinco classes de características pertencentes ao transtorno: 1- Comportamentos repetitivos e/ou estereotipados; 2- Dificuldade de comunicação e/ou linguagem; 3- Hipersensibilidade a barulhos/ sons/ ambientes novos ou mudanças de ambiente; 4- Padrão restrito de interesses e comportamentos (dificuldade de alteração na rotina, brinca sempre com a mesma coisa do mesmo modo, seletividade alimentar); 5- Dificuldade de socialização (não consegue se colocar no lugar do outro, compartilhar brinquedos ou brincadeiras, pode ser agressivo, tende ao isolamento). Ainda, semelhante à questão anterior, a resposta considerada Correta continha três ou mais classes de características do TEA, a considerada Parcialmente Correta citava pelo menos uma classe de características e, a Resposta Incorreta não citava nenhuma característica relacionada ao TEA, utilizando descrições vagas ou baseadas em senso comum.

Tabela 3 - Frequência das categorias sobre as características do TEA, segundo os profissionais de Educação Infantil.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Resposta Correta	18	10.59
Resposta Parcialmente correta	125	73.53
Resposta Incorreta	16	9.41
Não respondeu	11	6.47
TOTAL	170	

Dos participantes 11 (6,47%) não responderam a esta questão. Daqueles que responderam, 125 (73,53%) tiveram suas respostas incluídas na categoria Parcialmente Correta, uma vez que citaram pelo menos uma característica típica do TEA, conforme exemplos a seguir:

*“Dificuldade de socialização, fechamento em seu próprio mundo” (P12);
“Uma criança que tem características de “isolar-se” no aspecto social” (P54).*

As respostas consideradas Corretas foram apresentadas por 18 dos participantes (10,59%). Entre as classes comportamentais citadas, encontram-se: “dificuldade em expressar sentimentos”, “não olha nos olhos”, “dificuldade na interação social”, “isolamento”, “ecolalia”, “fixação por um tema”, “movimentos estereotipados”, “repetição”, “alimentação seletiva”.

*“Pouco ou nenhum contato visual. Pouca ou nenhuma interação social. Nível alto de irritação quando sente-se desconfortável com alguma situação. Estereotípias e movimentos repetitivos” (P162);
“Movimentos estereotipados, grande interesse por um assunto, sensibilidade auditiva, inabilidade nas interações sociais (fica mais sozinho), não olha nos olhos, fala repetitiva (ecolalia), atitudes fora de contexto, alimentação seletiva” (P170).*

Respostas foram, ainda, classificadas como Incorretas, correspondendo a 16 participantes (9,41%). Estes participantes enfatizaram as expressões: “vive no seu próprio mundo”; “fala robotizada” ou ainda citaram características comportamentais muito vagas sem qualquer tipo de especificação da relação desta com o TEA como: “apática”; “inquieta”; “hiperatividade”; “manias”; “agressividade” e, “birras”. Estas expressões foram consideradas gerais pelo fato de serem classes de comportamentos que estão presentes nos repertórios de crianças com desenvolvimento típico ou, ainda, com outros transtornos, não caracterizando de maneira específica o Transtorno do Espectro Autista.

*“Uma criança que tem dificuldades de enxergar o mundo. Ela vive no seu próprio mundo” (P31);
“Brinca sozinha, introvertida” (P127).*

A questão três pesquisou se os participantes tiveram contato com pessoas com TEA por meio de mídias (TV, filmes, novelas, documentários) e quais as características da pessoa

com TEA observada. As categorias de repostas criadas para esta questão estão especificadas na Tabela 4. Dos participantes 110 (64,71%) relataram que viram filmes ou novelas que tinham a pessoa com TEA como protagonista, 40 (23,56%) relataram que nunca os viram na mídia e 20 (11,76%) não responderam a esta questão.

Tabela 4- Frequência das categorias das repostas sobre o contato dos participantes com o TEA por mídias.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Sim - Resposta Correta	12	7.06
Sim- Resposta parcialmente Correta	80	47.06
Sim - Não cita nenhuma característica do TEA.	18	10.59
Não assistiu	25	14.71
Não contempla o que foi questionado	15	8.82
Não Respondeu	20	11.76
Total	170	100

Dos participantes que relataram já ter assistido algum filme, novela ou documentário com pessoas com TEA, 12 deles (7,06%) ao citar as características do TEA apresentou a resposta considerada Correta, onde o profissional citou três ou mais características típicas do TEA citadas na questão anterior. Como ilustrado:

“Sim. Não falava, emitia alguns sons, ficava sempre sozinha, gostava de girar as coisas e ficar observando, entrava em crise quando algo saia de sua rotina” (P124).
“Sim, criança com muita dificuldade de socialização, com déficit de aprendizagem, com crises comportamentais, inteligência acima do comum, fala quase não utilizada, bem como sem contato visual com outro” (P134).

Outros 80 participantes (47,06%), relataram ter assistido documentários, filmes ou novelas com pessoas com TEA, no entanto, a resposta foi considerada Parcialmente Correta, pois os profissionais relataram apenas uma característica correspondente a este transtorno, citadas na questão anterior. Exemplos de relatos estão a seguir:

“Sim, uma criança que não gostava do contato com o outro, às vezes se agitava” (P9).
“Sim. Criança isolada, não aceitava o contato com as outras pessoas” (P72).

E, 18 dos participantes (10,59%), que também relataram terem tido contato com o TEA por meio de mídias, não apresentaram nenhuma característica correspondente ao transtorno. Limitaram-se a dizer que assistiram ou, ainda, referiram-se às características do filme.

“Sim, mas foi apresentado aspectos superficiais” (P12).

“Sim, novelas, filmes e nesses casos percebo em muitas vezes um sensacionalismo no enredo, não sei até que ponto o autor tem conhecimento do assunto” (P14).

Daqueles participantes que relataram não ter tido contato por meio de mídias com pessoas com TEA, 18 participantes (8,82%) apresentaram respostas que não tinham relação ao que estava sendo questionado, apresentando características de crianças com que haviam trabalhado anteriormente. Alguns relatos ilustram o tipo de resposta considerada:

“Já tive mais de um aluno, teve aluno que era calmo, mas teve aluno que gritava, batia em outras crianças” (P97);

“Sim, tenho este ano um aluno que foi diagnosticado com autismo, mas, já está em tratamento” (P135).

Na questão quatro os participantes foram questionados se já haviam convivido ou conhecido com alguma criança que possui o diagnóstico de TEA e que relatassem o tipo de vínculo (parentesco, amizade com a família ou profissional) que teve com esta criança.

Tabela 5- Descrição do convívio e da natureza do vínculo dos participantes com um indivíduo com TEA.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Sim- Descreve Vínculo Profissional com a criança	51	30.00
Sim - Descreve vínculo Pessoal	29	17.06
Sim - Relata como foi a experiência e intervenções	9	5.29
Sim - Cita características da criança	5	2.94
Não conviveu	64	37.65
Não respondeu	12	7.06
Total	170	100

Dos participantes 12 (7,06%) não responderam a questão. Como descrito na Tabela 5, 64 participantes (37,65%) afirmaram que nunca tiveram este contato. Foi constatado que 94

deles (55.29%) já haviam tido algum contato pessoal ou profissional com uma criança com TEA. Destes, 51 (30%), descreveram que tiveram Vínculo Profissional com a criança, ou seja, foram professores, cuidadores ou diretores destes indivíduos, como apontam as falas a seguir:

“Sim, fui professora de uma criança autista ela apresentava um comportamento diferente das demais crianças, necessitava da rotina, era uma criança calma e amorosa” (P4);

“Sim, na escola (vinculo professora/ aluno)” (P12).

Outros 29 participantes (17,06%) descreveram o vínculo como pessoal, como amigos da família, parentes, conhecidos, alunos de outros professores, exemplificado nos relatos a seguir:

“Filho de uma amiga, convívio em reuniões familiares, festas. Experiência normal, mas não levamos muito em conta o que fala, fala muito fictícia (síndrome de Asperger)” (P10);

“Sim, era aluno da escola. Não foi meu aluno” (P32).

Mesmo a questão sendo sobre o vínculo estabelecido com a criança, sem pedir descrições sobre o comportamento das crianças, cinco profissionais relataram características desta criança sem especificar o vínculo com ela, como nos exemplos:

“Sim, era uma criança que vivia com garrafa pet na mão e tudo que podia colocava dentro da garrafa. Era dócil, porém se revoltava se tirassem a garrafa dele. Era um caso de autismo severo” (P6);

“Ele era distante, não gostava de ser tocado, não consegui me aproximar dele, ele gostou muito da auxiliar da turma” (P97).

Nove participantes (5,29%) relataram, ainda, sem descrever o vínculo com o indivíduo, como foi a experiência (fato que foi analisado na questão seguinte) e intervenções feitas com tal criança:

“Sim. Foi um desafio, porém, muito compensador” (P113);

“Relatado acima, mas sem o diagnóstico completo. Foi difícil a convivência... tentei ajudá-lo na organização de uma rotina, que era o que mais o incomodava” (P122).

A questão cinco versava, especificamente, à experiência profissional na educação de uma criança com diagnóstico de TEA. Estes dados estão descritos na Tabela 6. Dos 170 participantes, 12 (7,06%) deixaram esta questão em branco. Dos que responderam esta questão, 70 dos participantes (41,18%) afirmaram nunca ter trabalhado com uma criança com

este transtorno. Em contrapartida, 88 participantes (51,76%) afirmaram já ter trabalhado com uma criança com TEA.

Tabela 6- Categorias que descreve como foi a experiência profissional dos participantes com a criança com TEA.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Sim – Experiência Positiva	34	20.00
Sim - Experiência Negativa	34	20.00
Sim - Cita características da criança	14	8.24
Sim - Descreve o vínculo Pessoal/ Profissional	6	3.53
Não trabalhou	70	41.18
Não respondeu	12	7.06
Total	170	100

Aos que responderam que já trabalharam diretamente com uma criança com TEA, foi questionado sobre como foi esta experiência e, deles, 34 participantes (20%) afirmaram que tiveram uma experiência positiva, na medida em que a descreveram como tranquila cercada de aprendizado e conquistas, conforme expresso a seguir:

“Sim, aluno. Experiência boa de muita dedicação, estudo e empenho, aprender no dia a dia como superar desafios. Respeitando e trabalhando para proporcionar um avanço coletivo” (P60);

“Para mim foi tranquila, depois de alguns meses de convivência” (P70).

Outros 34 participantes (20%) classificaram a experiência de trabalhar com uma criança autista como negativa, relatando que sentiram muita dificuldade de vinculação com a criança e isso se refletiu na dificuldade de percepção de melhoras pedagógicas e insegurança por parte do profissional, como exemplificado a seguir:

“Sim, porém não obtive nenhum progresso pedagógico, apenas pequena melhora no âmbito social” (P42);

“Sim, é uma relação muito difícil a meu ver, pois tem muitos entraves na interação” (P81).

Dentro desta questão, apesar de não ser este o foco da mesma, 14 participantes (8,24%) relataram em suas respostas características das crianças com quem conviveram, ao invés de descrever como foi sua experiência com ela. Como explicitado a seguir:

“Sim, era uma criança de dois anos no início eu notei que havia algo de diferente, porém não sabia que ela era autista depois de dois anos fiquei sabendo que a haviam diagnosticado com o espectro” (P19);

“Ele era carinhoso, abraçava, segurava a minha mão e pedia colo, fui orientada a me comunicar falando e que ele respondesse por fichas, mas ele ainda estava se adaptando- acabava me puxando para me mostrar o que queria” (P129).

Dos participantes, seis (3,53%) descreveram a natureza do vínculo relacionado à experiência profissional.

“Sim. Vínculo profissional” (P63);

“Já tive contato na escola mas apenas observava, pois não era meu aluno” (P95).

Na questão seis, foi perguntado se os participantes consideravam que possuíam conhecimento teórico suficiente para trabalhar com crianças com diagnóstico de TEA. As categorias das respostas estão descritas na Tabela 7. Nesta questão 13 participantes (7,64%) não responderam e, deles, 82 (48,24%) julgaram não possuir conhecimento suficiente para trabalhar com uma criança com TEA.

Tabela 7– Categorias sobre o conhecimento que os participantes julgam possuir para trabalhar com crianças com TEA.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Sim	8	4.71
Sim- Através de Cursos/ Conhecimento teórico Possui muito pouco conhecimento	26	15.29
Pouco - Aprendeu em cursos externos a prática/ aprendeu na graduação ou pós/ conhecimento teórico/ mediante pesquisas/ mídias	14	8.24
Pouco- Aprendeu na prática pedagógica / cotidiano	18	10.59
Não possui conhecimento	9	5.29
Não respondeu	82	48.24
	13	7.65
Total	170	100

Os demais participantes se dividiram entre dizer que possuem conhecimento suficiente ou, ainda, que possuem um pouco de conhecimento. Dentre eles oito participantes se limitaram a dizer que sim, que possuem conhecimento suficiente e, 26 (15,29%) justificaram

o conhecimento que disseram possuir indicando que fizeram cursos específicos e, por isso, detém conhecimento teórico sobre o tema:

“Sim” (P2);
“Sim. Nos cursos no decorrer da profissão e na pós-graduação (psicopedagogia) e na formação em educação especial” (P14);
“Sim, já fiz cursos e já vi alguns materiais” (P16).

Outros 41 participantes (24,11%) disseram possuir pouco conhecimento para trabalhar com este público, dividindo-se em apenas salientar o pouco conhecimento (14=8,24%) ou, ainda, relatar ter feito cursos externos a prática, mas não julgar suficiente (18=10,59%) e, dizer que o pouco conhecimento foi adquirido na prática com as orientações de profissionais especialistas (9=5,28%). Para exemplificar tais categorias, as falas a seguir:

“Pouco conhecimento” (P4);
“Muito pouco” (P13);
“Tive algumas disciplinas na pós mas superficialmente e na prática é bem diferente” (P40);
“Já fiz alguns cursos, mas senti dificuldade na prática” (P78);
“Muito pouco, fui aprendendo com o cotidiano” (P1);
“Obtive alguns conhecimentos na prática, como ter sempre uma rotina, fotos da rotina” (P102).

A questão sete do questionário tinha como objetivo identificar quais as decisões que os participantes tomariam caso tivessem em sua sala uma criança com sinais de TEA, no entanto, sem ter sido diagnosticada. As categorias estão descritas na Tabela 8. Dos participantes oito (4,71%) não responderam a esta questão. A partir do relato dos participantes foram identificadas as seguintes decisões: 1- Observaria o comportamento da criança; 2 – Conversaria com a direção da escola; 3 - Estabeleceria contato com a família; 4- Encaminharia para serviços especializados (APAE, SORRI, para o professor de educação especial da rede municipal). Considerando que, nos relatos, havia uma ou mais delas, novas categorias foram criadas a partir da presença de pelo menos uma delas e a combinação entre elas.

Tabela 8 - Categorias sobre as decisões dos participantes ao identificar características do TEA nas crianças.

Categorias	Frequência	%
Apresentam as quatro decisões adequadas	3	1.76
Decide entrar em contato com a família, observar a criança, encaminhar para a instituição.	6	3.53
Decide entrar em contato com a família, conversar com a direção e encaminhar para a instituição.	3	1.76
Decide observar a criança, conversar com a direção e encaminhar para a instituição.	2	1.18
Decide entrar em contato com a família e encaminhar para a instituição	12	7.06
Decide entrar em contato com a família e conversar com a direção	5	2.94
Decide observar a criança e encaminhar para a instituição	6	3.53
Decide conversar com a direção e encaminhar para a instituição	12	7.06
Decide entrar em contato com a família	5	2.94
Decide observar a criança	12	7.06
Decide encaminhar para a instituição	91	53.53
Conversa com a direção	5	2.94
Não respondeu	8	4.71
Total	170	100

As quatro decisões acima citadas (estabelecer contato com a família, observar a criança, entrar em contato com a direção e encaminhar) foram apresentadas por apenas três participantes (1,76%):

“Inicialmente conversaria com a direção da escola para que fosse solicitada uma reunião com a família para expor os aspectos observados. Após conversa com a família sugeriria um encaminhamento ao profissional especializado para que fosse feita uma avaliação” (P86).

Nove participantes (5,29%) relataram tomar três destas quatro decisões, se dividindo entre: Entrar em contato com a família, observar e encaminhar (6=3,53%); Entrar em contato com a família, conversar com a direção e encaminhar (3=1,76%); e observar a criança, conversar com a direção e encaminhar (2=1,18%). Como exemplificado a seguir:

“A postura que tomei, conversa inicial com os pais e encaminhamento urgente para avaliação diagnóstico. Com relação ao aluno, procuro observar e o tempo todo permiti-lo “acompanhar” as atividades juntamente com o grupo e junto comigo” (P87);

”Conversaria com os demais professores e diretora para que pudéssemos juntas observar melhor e somente após uma conclusão chamaríamos os pais para discutir a questão com eles” (P119);

“Levaria ao conhecimento da minha gestora, para observar juntamente com uma professora do especial e encaminhar” (P66).

Trinta e cinco (20,58%) participantes relataram tomar duas das quatro decisões descritas anteriormente, dividindo-se entre: Decide entrar em contato com a família e encaminhar (12=7,06%); Decide conversar com a direção e entrar em contato com a família (5=2,94%); Decide observar a criança e encaminhar (6=3,53%) e, Decide conversar com a direção e encaminhar (12=7,06%). Como exemplos destas decisões pode-se citar:

“Acionar o departamento de educação especial para encaminhamento após conversa e autorização dos pais” (P2);

“Falava com a direção da escola, para que juntos convidássemos os pais para um diálogo” (P60);

“Observação dos comportamentos deste aluno. Encaminhamento (diagnóstico)” (P81);

“Comunicaria a direção e conseqüentemente seria encaminhada para uma avaliação com os profissionais responsáveis (psicopedagogo, psicólogo, psiquiatra, neurologista infantil)” (P108).

A grande maioria dos participantes relatou que tomaria apenas uma das quatro decisões, sendo que: 91 participantes (53,53%) encaminharia diretamente a criança para serviços especializados, 12 participantes (7,06%) optariam por observar melhor o comportamento desta criança; cinco entrariam em contato com a família (2,94%) e, outros cinco (2,94%) conversariam com a direção da escola. Para ilustrar:

“Costumo pedir de imediato que seja encaminhado para um diagnóstico completo. A fim de ter certeza se é um caso de TEA para possível intervenção” (P6).

“Observaria para poder ajudar de melhor maneira possível” (P58);

“Pediria ajuda da família em primeiro lugar” (P78);

“Falaria com a diretora” (P75).

A questão oito foi em relação à quais seriam as solicitações dos profissionais de educação infantil ao receberem uma criança já com diagnóstico de TEA. As categorias foram organizadas de modo semelhante à questão anterior, combinando as solicitações citadas pelos participantes que consistiram em: 1- Obteria informações com estudos/cursos; 2 - Solicitaria laudo e troca de informações e orientações com os profissionais que acompanham a criança (médicos, psicólogos, professor de Educação Especial, cuidadora); 3 - Estabeleceria contato com a família e, 4- Conheceria a criança, antes de qualquer outra atitude. A Tabela 9

demonstra a frequência com que as diversas combinações entre estas solicitações apareceram dentre as respostas dos participantes.

Tabela 9 - Categorias sobre as solicitações dos participantes, caso recebessem uma criança com diagnóstico de TEA.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Solicitaria contato com a família, orientação com profissionais e cursos.	2	1.18
Solicitaria contato com a família e orientação com profissionais	13	7.65
Solicitaria orientação com profissionais e cursos	18	10.59
Conhecer a criança antes de qualquer coisa	3	1.76
Solicitaria orientação com profissionais que tem contato com a criança	119	70.00
Buscaria informações e cursos sobre o TEA	8	4.71
Não respondeu	7	4.12
Total	170	100

Sete participantes (4,12%) não responderam a esta questão. Duas participantes narraram que fariam três das quatro solicitações, conforme relato a seguir:

“Estudos e cursos sobre o tema, professora de educação especial, cuidadora, parceria com a família. Trabalhar em parceria com os profissionais e funcionários da escola” (P74);

“Solicitaria a família a buscar um acompanhamento com psicólogo (a) ou psicopedagoga (a) conjunto com o atendimento escolar padrão. Solicitaria a secretaria de educação o atendimento do professor (a) da educação especial. Buscaria um curso de capacitação de práticas pedagógicas em TEA” (P104).

Trinta e um participantes (18,24%) disseram que fariam duas das quatro solicitações se dividindo entre: Solicitaria contato com a família e orientação com profissionais especialistas que tenham contato com a criança, (13=7,65%); e Solicitaria orientação de profissionais que tenham contato com a criança, e cursos e informações sobre como trabalhar com crianças com TEA (18=10,59%).

“Pediria ajuda da família e da professora da educação especial” (P78);

“Pesquisaria formas de trabalhar com criança para promover seu desenvolvimento. Buscaria apoio com profissionais especializados. Buscaria conhecimento teórico sobre o transtorno” (P133).

A maioria dos participantes 130 (76,49%), optariam por fazer apenas uma das solicitações citadas anteriormente, se dividindo da seguinte maneira: 119 participantes (70%),

solicitariam orientação com profissionais especializados que tem contato com a criança; oito participantes (4,71%) optariam por solicitar informações e cursos sobre autismo e, três participantes (1,76%) gostariam de conhecer a criança antes de tomar qualquer atitude:

“Uma ajuda de cuidador e orientação do professor de educação especial para me orientar de como tratar o aluno” (P138);
“Material para leitura e informação sobre o TEA” (P55);
“Primeiramente temos que sentir a criança e sua necessidade específica para depois solicitar o profissional adequado” (P99).

Na questão nove, os participantes deveriam responder sobre a importância do diagnóstico de transtorno do espectro autista para a Educação Infantil. As categorias de respostas para esta questão estão descritas na Tabela 10.

Tabela 10 - Categorias sobre a importância do diagnóstico do TEA para a educação infantil.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Acredita que auxilia o desenvolvimento da criança e o trabalho pedagógico	11	6.47
Ressalta a importância do diagnóstico precoce para o melhor desenvolvimento da criança	86	50.59
Acredita que ajuda na orientação do trabalho pedagógico realizado com a criança	67	39.41
Não Respondeu	6	3.53
Total	170	100

Dos participantes, 86 (50,59%) ressaltaram o diagnóstico precoce colabora para o melhor desenvolvimento da criança (prognóstico), em áreas como “socialização”, “independência”, “inclusão” e “qualidade de vida do aluno”.

“Quanto mais cedo o diagnóstico melhor a socialização e o tratamento adequado, tanto na escola, como no convívio em sociedade” (P15); *“Quanto mais cedo for diagnosticado maiores resultados serão obtidos e melhor será para a criança estar sendo assistida desde a educação infantil” (P70).*

O diagnóstico precoce foi associado, ainda, por 67 participantes (39,41%), à orientação do trabalho pedagógico com a criança.

“Poder desenvolver um trabalho mais direcionado e que atenda às necessidades dessa criança” (P77);
“Extremamente necessário, para que o professor saiba como trabalhar e ajudar esse aluno” (P89).

Onze (6,47%) participantes relataram, ainda, a importância do diagnóstico precoce tanto no auxílio para o desenvolvimento da criança como na orientação do trabalho pedagógico com esta, de acordo com o relato a seguir:

“Quanto mais cedo for detectado ajudará o profissional que estiver trabalhando com ela a aprender como lidar com esse problema e ajudará a criança a se desenvolver” (P153).

A décima questão do questionário visava investigar se os participantes conheciam os principais instrumentos de rastreamento utilizados para identificar precocemente características que indicam sinais de TEA. Para atingir tal objetivo apresentou-se o nome de cinco instrumentos (ESAT, DAI, M-CHAT, CARS e Inventário para identificação rápida de sinais de autismo) e foi dada, ainda, a opção Outros, onde eles deveriam citar o instrumento de rastreamento que eles conheciam que não fossem os acima citados. Os participantes deveriam ainda descrever onde tinham tido contato com tal instrumento. No entanto, a fim de identificar possíveis respostas aleatórias, foi colocado dentre os instrumentos de rastreamento verdadeiros, um fictício, no caso o Inventário para identificação rápida de sinais de autismo. Os resultados desta questão estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11- Descrição do conhecimento dos participantes a respeito dos instrumentos de rastreamento de sinais de TEA.

Categoria de Respostas	Frequência	%
Não conhece nenhum	158	92.94
Conhece o DAI	1	0.59
Conhece o M-CHAT	2	1.18
Conhece o CARS	1	0.59
Conhece o Inventário para identificação rápida de sinais de autismo	2	1.18
Outro	4	2.35
Conhece a CARS e o Inventário para identificação rápida de sinais de autismo	2	1.18
Total	170	100

Dos participantes, 158 (92,94%) afirmaram não ter conhecimento de nenhum dos instrumentos de rastreamento citados. Dentre os participantes seis (3,52%) afirmaram conhecer um dos cinco instrumentos citados e dois (1,18%) disseram conhecer mais de um, no caso a escala CARS e o Inventário para identificação rápida de sinais de autismo. Observa-se que, o instrumento adicionado como teste para respostas aleatórias, não sendo, portanto, um instrumento real, foi o mais citado dentre os demais sendo escolhido por quatro pessoas, duas disseram conhecer apenas estes descrevendo que fizeram um curso específico sobre ele em duas instituições de Educação Especial diferentes e duas relatando que conheceram este e a escala CARS, por meio de uma especialização em Psicopedagogia.

O segundo instrumento mais conhecido pela amostra foi a Escala CARS. Os três participantes que afirmaram conhecer este instrumento, disseram que o conhecimento provém de cursos na área de Educação Especial e especialização em Psicopedagogia. O instrumento e M-CHAT, foi citado por duas pessoas que também relataram terem feito um curso, porém não especificaram o curso em si. O instrumento DAI foi citados apenas por uma pessoa que relatou conhecê-lo de um curso que fez numa instituição de Educação Especial na cidade de Bauru-SP. Na categoria Outros quatro participantes citaram instrumentos que não são utilizados para rastreamento precoce.

“Trabalhar com fotos para incluir a rotina ex: parque, lanche, atividades em sala” (P125);

“Formulário de anamnese” (P145);

“ARAWORD, ARASAAL” (P156);

“Panfletos informativo sobre autismo e textos educacionais” (P169).

A fim de explorar as opções descritas pelos participantes, foi realizado um levantamento a fim de conhecer os instrumentos citados. Deste modo tem-se que o AraWord é um software desenvolvido em 2011, sob a direção do professor Joaquin Ezpeleta Mateo, do Departamento de Computação e Engenharia de Sistemas da Universidade de Zaragoza. Este aplicativo permite o processamento da informação escrita com pictogramas simultaneamente, sendo muito utilizado para adaptação de histórias com o objetivo de desenvolver um método

de comunicação alternativa para crianças não-oralizadas (RIGOLETTI et al., 2016). ARASAAL não foi encontrado na literatura. Há possibilidade de ter ocorrido um erro de escrita e a intenção era mencionar ARASAAC (Aragonese Portal of Augmentative and Alternative Comunicacion ou Portal Aragonês de Comunicação Alternativa e Ampliada). O ARASAAC (2016) é um portal que oferece recursos gráficos e materiais que facilitam a comunicação de pessoas com deficiência, são os pictogramas utilizados no software AraWord.

O PECS (Picture Exchange Communication System) é um sistema de intervenção em comunicação alternativa, que consiste na troca de figuras entre um adulto e a pessoa com déficit de linguagem, a fim de obter algo de interesse. É um método que favorece a relação interpessoal e enfatiza a importância do ensino individualizado (MIZAEL; AIELLO, 2013). O TEACCH (*Treatment and education of autistic and related communication in handicaped children*), citado pelo participante 125, é um programa educativo, desenvolvido na década de 1960, que visa adaptar o ambiente da criança a fim de facilitar a compreensão contextual do seu local de trabalho e do que é esperado dela, tendo como objetivo final o desenvolvimento da autonomia do indivíduo. Foi desenvolvido para proporcionar instrumentos necessários e uma estratégia clara para que sejam atendidas as necessidades específicas de cada criança (FRANÇOISE, 2005). O formulário de anamnese é um instrumento de investigação utilizado por profissionais da saúde para obter informações a respeito do histórico de desenvolvimento do paciente e do seu sintoma. Trata-se, portanto, de um método de coleta de dados que auxiliará na intervenção a ser planejada pelo profissional.

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste estudo apontam para o desconhecimento geral dos aspectos que definem a criança com TEA, sendo que somente 5,29% dos participantes responderam corretamente a questão. Outro dado preocupante foi o número expressivo (48,82%) dos participantes que responderam incorretamente ou não responderam a questão. Dados estes que corroboram os das pesquisas de Santos e Santos (2012), Misquiatti et al. (2014) e Sampaio e Miura (2015), nos quais os professores também demonstraram desconhecimento das características do TEA, o que dificulta a identificação de sinais do transtorno e a intervenção precoce e eficaz para a promover o desenvolvimento pleno destes indivíduos.

Ainda que em menor número, se comparado à questão anterior, é importante ressaltar que 11 participantes (6,47%), não responderam a questão dois, sobre as principais características do TEA, sendo que destes sete não haviam respondido a questão anterior. É preciso destacar que apenas 10,59% dos participantes apresentaram três ou mais características do transtorno, indicando conhecimento restrito sobre o tema, pois a maioria (73,53%) dos profissionais indicou uma mesma característica: a dificuldade na socialização, provavelmente por se tratar da característica mais visível ou perceptível do transtorno. Este dado é compatível com os obtidos por outros autores (MISQUIATTI et al., 2014; SAMPAIO; MIURA, 2015; SANTOS; SANTOS, 2012) os quais expressaram que os profissionais da Educação, demonstraram conhecimento precário em relação às características do TEA. Observou-se, também, que as características citadas permeiam o senso comum, o que pode gerar estigmas e, assim, prejudicar o planejamento de ações e intervenções eficazes no âmbito escolar. Fatos como estes apontam a necessidade de investimento em cursos de capacitação e formação de professores, para que estes possam agir como agentes potenciais da identificação precoce de sinais de TEA.

Quando os participantes foram questionados se tiveram contato com pessoas com TEA por meio de mídias (TV, filmes, novelas, documentários) e quais as características da pessoa com TEA observada, a maioria dos participantes (64,71%) afirmou ter tido este tipo de contato com o autismo, no entanto, somente 7,06% dos participantes apresentaram corretamente características referentes ao TEA nestes personagens. Diante desta perspectiva podemos concluir que, apesar do contato por mídia existir entre os participantes, a propagação de informações acerca deste transtorno ainda é insuficiente. Estes resultados são consoantes aos encontrados por Felício (2007) em sua pesquisa com professores, onde a autora afirma que esta falta de informação corrobora com o atraso e a dificuldade para o diagnóstico deste transtorno.

Questionamos os participantes em relação ao convívio e o tipo de vínculo com uma criança com TEA. A maioria dos participantes 55,29% afirmou ter convivido com um indivíduo com TEA, sendo que 30% descreveu que já trabalhou diretamente com uma criança com TEA. Este dado é preocupante, pois apesar desta experiência os participantes apresentaram um conhecimento superficial sobre o transtorno. Estes dados corroboram com os estudos de Santos e Santos (2012) onde mesmo os professores que trabalhavam há mais de dois anos com autistas ainda apresentavam descrições baseadas no senso comum para as características do transtorno. Ainda neste sentido, Sampaio e Miura (2015) fazem indagações a respeito do preparo dos profissionais da Educação para receber este público, afirmando que a escolarização dos alunos com TEA ainda não é ideal. Neste estudo os participantes demonstraram não possuir domínio sobre as características do TEA, um fato que pode atrapalhar o trabalho pedagógico no âmbito de estimulação e planejamento de atividades.

No que se refere à experiência profissional dos participantes com alunos com diagnóstico de TEA, 51,77% dos participantes afirmaram já ter trabalhado com uma criança com TEA. Ao descrever como foi esta experiência 20% dos participantes afirmaram ter sido

uma experiência negativa: pela dificuldade de vinculação com a criança; por não ter percebido avanços no aprendizado do indivíduo; por sentir insegurança ao trabalhar com crianças com este transtorno e, por não saberem quais atividades planejar para a criança. Tal sentimento também foi relatado pelos professores da pesquisa de Felício (2007), que tinham medo de perder o controle da sala diante das dificuldades da criança com autismo. Entretanto, outros 20% de participantes relataram a experiência como positiva, sendo tranquila, com visível aprendizado. Alguns disseram se surpreender com tal tranquilidade, pois até iniciar o trabalho com uma criança autista, acreditava que eram agressivas. Falas como esta corroboram com as afirmações de Misquiatti et al. (2014) e Sampaio e Miura (2015), os quais ressaltam que o desconhecimento contribui para a manutenção de crenças em relação ao comportamento do indivíduo com TEA e que o acesso à informação e o contato com crianças com TEA pode quebrar tais estigmas.

Em concordância com os resultados apresentados, 48,24% dos participantes quando questionados, disseram que não possuem conhecimento suficiente, tanto prático como teórico, para trabalhar com uma criança com TEA. Quando comparamos este dado com a formação dos participantes constata-se que 91,77% tem ensino superior completo em Pedagogia e, destes, 28,24% afirmaram já ter feito curso de pós-graduação (lato senso ou stricto senso), aparentemente uma formação condizente com a função. Todavia, os dados parecem confirmar os de Misquiatti et al. (2014), que ressaltam que a formação dos professores tem sido insuficiente e limitada, apesar de numerosa, deixando de prepará-los para oferecer o suporte necessário para a inclusão de crianças com TEA.

Na questão sete do questionário o objetivo era identificar quais as decisões que os profissionais tomariam caso tivessem em sua sala uma criança com sinais de TEA ainda que não formalmente diagnosticada. Um dado relevante nesta questão foi o fato de que a grande maioria de participantes 53.53% relatou que tomaria a decisão de encaminhar diretamente a

serviços especializados (Educação Especial) ou para instituições (APAE e SORRI). Aiello (2002) salienta a importância do encaminhamento precoce para serviços especializados, no caso para professora da Educação Especial para que seja iniciado imediatamente um processo de diagnóstico, com base nas alterações de desenvolvimento percebidas na criança a fim de verificar se estas são realmente de sinais de transtorno, ou podem ser atribuídas às falhas no processo educativo a que foi submetida. No entanto, a autora explicita, em diversos momentos, que este processo deve ser feito envolvendo a família e a direção da escola, a fim de elaborar variados ambientes de estimulação destes comportamentos. A tarefa do professor seria observar o comportamento da criança no ambiente escolar. Este encaminhamento direto, sem contato com outros profissionais da escola ou com a família, é preocupante. Pode sugerir transferência de responsabilidade, onde o aluno com alterações no desenvolvimento ou, ainda, com sinais de TEA, seja visto como um problema que o professor tenta se desfazer. O contato e atenção à família, a observação do comportamento da criança e o contato com a direção ficaram em segundo plano nas respostas dos participantes.

No que diz respeito às solicitações dos profissionais de educação infantil ao receberem uma criança já com diagnóstico de TEA, destaca-se que 70% dos participantes relataram que pediriam orientação para profissionais especializados em relação a como trabalhar com esta criança. Novamente a insegurança e o desconhecimento sobre o TEA permeia o relato dos professores, deixando claro uma incapacidade de ensinar crianças, especialmente àquelas com o transtorno, independente das suas peculiaridades. No seu relato, por não conhecer o TEA, não saberiam o que fazer com a criança em sala de aula, prejudicando o trabalho pedagógico com a criança, como enfatizado pelos autores Misquiatti et al. (2014) e Sampaio e Miura (2015). Por outro lado, novamente observa-se uma transferência de responsabilidade, na medida em que muitas respostas destacaram a importância de trazer outros profissionais para trabalhar com a criança, como cuidadores e professores de Educação Especial.

No tocante à opinião dos participantes sobre a importância do diagnóstico de transtorno do espectro autista para a Educação Infantil, 50,59% dos participantes o associaram ao acesso mais rápido ao tratamento e estimulação produzindo melhora no desenvolvimento do indivíduo, assim como apontam os autores Aiello (2002), Garcia e Lampreia (2011) e Paravidini (2002). Para 39,41% dos participantes ter o diagnóstico precoce nesta fase do desenvolvimento do indivíduo ajudaria na orientação do trabalho pedagógico realizado com a criança. Conhecer as necessidades e potencialidades de criança auxiliaria no planejamento de atividades adaptadas a fim de promover o desenvolvimento pleno do indivíduo, assim como afirmaram Sampaio e Miura (2015).

Em referência ao conhecimento dos professores em relação aos principais instrumentos de rastreamento utilizados para identificar precocemente características que indicam sinais de TEA ou alterações importantes no desenvolvimento do indivíduo, 92,94% disseram não conhecer estes instrumentos, um desconhecimento que também foi encontrado por Garcia e Lampreia (2011). Dos oito participantes que disseram conhecer algum dos cinco instrumentos apresentados, quatro afirmaram conhecer o instrumento fictício, colocado entre as alternativas visando o controle de possíveis respostas aleatórias. Uma hipótese para este dado é o nome dado ao instrumento (Inventário para identificação rápida de sinais de autismo), dentre as opções este era o único em português (os demais instrumentos são as iniciais de um nome em inglês). O fato de conter a palavra “rápida” pode ter influenciado a respostas dos participantes, à medida que o escolheram por dar a impressão de ser uma identificação direta, “mais fácil” se comparado às demais opções.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho visou descrever os conhecimentos sobre TEA, o tipo de contato com esta população, encaminhamentos por ocasião da identificação ou ainda solicitações para trabalhar com indivíduos com TEA e a opinião dos participantes em relação à importância do diagnóstico. Os dados obtidos revelaram conhecimento insuficiente dos profissionais de Educação Infantil, ainda que relatassem contato prévio com crianças com este transtorno. Além disso, ficou claro que utilizariam estratégias pouco eficientes em caso de suspeita de TEA, antes de observar a criança, contatar a família e os demais profissionais da escola, os quais poderiam dar respaldo para um encaminhamento com maior resolutividade. Tais dados indicam a necessidade premente de formação mínima sobre o tema para que possam oferecer um serviço de qualidade a estas crianças.

Como limitação do estudo, observou-se que o questionário aplicado nos participantes apresentou questões que podem ter confundido os participantes. Em algumas das questões havia mais de uma pergunta a ser respondida o que resultou, muitas vezes, em respostas privilegiando apenas uma delas em detrimento das demais. Por exemplo, na questão “Você conheceu ou já conviveu com uma criança que possui diagnóstico de TEA? Em caso positivo descreva qual era o vínculo e como foi essa experiência”, o participante respondia ou sobre o vínculo ou relatava a experiência. Sugere-se, em futuros estudos, que cada questão compreenda apenas uma temática de cada vez. No exemplo relatado, sugere-se separar o tipo de vínculo da experiência abordando separadamente os temas.

Sugere-se, como pesquisas futuras, a investigação do conhecimento sobre o TEA em diferentes segmentos de profissionais da Educação, considerando que cada um deles teria um papel específico no oferecimento de atendimento específico a esta população. Outro aspecto que valeria pesquisar seriam as práticas pedagógicas que os professores tem utilizado na Educação Infantil com alunos com TEA, descrevendo-as, assim como identificar como tais decisões são tomadas na escolha das mesmas.

**ESTUDO 2 – CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
INFANTIL PARA A IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DO TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Na quinta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-V (APA, 2014), a terminologia “Transtorno do Espectro Autista (TEA)” passou a ser utilizada para referir ao que anteriormente era chamado de “Autismo Infantil”; “Síndrome de Asperger” e outras subcategorias dos chamados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), como a “Síndrome do X frágil”. De acordo com este manual o TEA foi definido como um transtorno que atinge o desenvolvimento neurológico na primeira infância, com uma forte base genética e apresenta como características essenciais: o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social em diversos contextos (Critério A) e, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividade (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância (Critério C) e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critério D). No entanto, é importante ressaltar que o estágio em que o prejuízo funcional ficará evidente varia de acordo com as características do indivíduo e do seu ambiente.

Os prejuízos na comunicação e na interação social especificados no Critério A que atingem o desenvolvimento como um todo e permanecem ao longo da vida do indivíduo são invasivos e sustentados, sendo assim imprescindível, para a identificação, consultar as pessoas que tenham contato com esta criança em vários contextos, como educadores, cuidadores e familiares e, quando possível, considerar o autorrelato. As crianças com TEA podem não compartilhar interesses, apresentando dificuldades em demonstrar empatia, inadequação em abordar e responder aos interesses de seus pares, prejuízo no uso de comportamentos não verbais e dificuldades na vinculação social. Podem apresentar *déficits* verbais e não verbais. Entre os verbais podem ser observados: ausência total da fala; atrasos na linguagem;

compreensão reduzida da fala; ecolalia; linguagem explicitamente literal ou afetada. E, entre os não verbais, podem estar presentes: compreensão reduzida de expressões faciais, dificuldade de manter contato visual, dentre outros. Tais aspectos se manifestam na comunicação social dependendo da idade, do nível intelectual, da capacidade linguística do indivíduo e da história de tratamento. Já as alterações de comportamento podem aparecer sob forma de padrões restritos de interesse (Critério B) como: a manipulação sem criatividade dos objetos; ausência de atividade exploratória; preocupação com partes de objetos; adesão a rotinas rígidas; mudanças súbitas de humor; hipo ou hiper responsividade aos estímulos sensoriais e, comportamentos auto lesivos (APA, 2014).

Segundo Schlickmann e Fortunato (2013), a incidência de TEA tem aumentado de forma significativa em todo o mundo, afetando aproximadamente uma em cada 150 crianças e adolescentes em vários países. Este transtorno é quatro vezes mais comum no sexo masculino. Devido a grande variabilidade de manifestações sintomatológicas não foi possível, ainda, determinar a etiologia do transtorno. Assim, apesar das pesquisas na área, não se determinou qualquer aspecto biológico, ambiental ou da interação entre ambos, que contribua para a manifestação do TEA. No entanto, acredita-se que este distúrbio apresente um forte componente genético, pois a possibilidade de ocorrência do TEA em uma família que já possui uma criança autista é considerada elevada (de 3% a 8%) (COUTINHO; BOSSO, 2015).

1.2 Identificação precoce de sinais do Transtorno do Espectro Autista

Conforme esboçado anteriormente os sinais de TEA podem ser evidenciados na primeira infância. Em alguns casos é possível perceber a falta de interesse em interações sociais já no primeiro ano de vida. No entanto, os sintomas costumam ser mais explícitos durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses) em diante. Para que a identificação destes

sinais ocorra, informações sobre as características do autismo, atrasos precoces do desenvolvimento ou quaisquer perdas de habilidades sociais ou linguísticas são importantes. Há casos em que houve perda de habilidades (Autismo Regressivo), onde pais ou cuidadores relatam histórias de deterioração gradual ou relativamente rápida em comportamentos sociais ou nas habilidades linguísticas entre os 12 e 24 meses de idade, sendo raros os casos que ocorrem regressões após o segundo ano de vida (LAMPREIA, 2013; APA, 2014).

De acordo com Losapio e Pondé (2008), o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é obtido pela observação clínica associada ao relato da história de vida, oferecida pelos pais ou responsáveis. Nos Estados Unidos a identificação deste transtorno é feito geralmente aos três anos de idade. No entanto, estudos comprovam que em alguns casos é possível levantar a hipótese de risco autista ao identificar sinais de autismo por volta dos 18 meses de idade (LAMPREIA, 2009; OZONOFF et al., 2010). No Brasil, entretanto, o transtorno só tem sido identificado por volta dos cinco ou seis anos de idade e este atraso tende a agravar os *déficits* no desenvolvimento provocado pelo autismo, agregando ainda mais sofrimento à criança e à família (SILVA; MULICK, 2009).

O estudo de Garcia e Lampreia (2011) tiveram como objetivo identificar sinais de comportamento autista em vídeos familiares retrospectivo, do primeiro ano de vida, de indivíduos que tiveram diagnóstico de TEA após os cinco anos de idade, a fim de verificar se seria possível perceber sinais de TEA nos primeiros meses da criança. Como resultado as autoras observaram que, ainda que sutis, traços de comportamentos típicos de TEA, já podiam ser observados nestes vídeos. As autoras levantaram como hipótese para a dificuldade de identificação destes sinais no primeiro ano de vida: o pouco conhecimento do desenvolvimento inicial dos bebês que receberam o diagnóstico aos três anos e o fato de que os sinais de autismo podem mudar consideravelmente com a idade, sendo mais sutis nos primeiros meses e mais aparentes quando a criança fica mais velha. É relevante destacar que

as autoras apontaram que, ainda que não existe consenso sobre quais comportamentos observar para a identificação do TEA nesta faixa etária e que há um crescente esforço literário para fazê-lo.

Pesquisas tem destacado a relevância da identificação precoce de sinais de autismo já nos primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2014; LAMPREIA, 2009; OZONOFF et al., 2010; PARAVIDINI, 2002). A precocidade do diagnóstico aumenta a possibilidade de exposição mais rápida a uma estimulação que garanta um prognóstico mais otimista para o desenvolvimento pleno deste indivíduo. Quanto mais cedo a estimulação, melhor, na medida em que há uma maior plasticidade das estruturas anátomo - fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida, mais eficientes serão as experiências interacionais para a constituição e desenvolvimento psicossocial da criança. Os autores ressaltaram, ainda, que todas as pessoas que tenham contato frequente com esta criança são agentes potenciais desta identificação, à medida que tenham conhecimento suficiente para que o olhar seja direcionado aos comportamentos típicos do transtorno. No entanto, este trabalho contínuo e mútuo de observação que deveria envolver familiares, professores e profissionais da saúde em geral, ainda não acontece.

Segundo o Ministério da Saúde (2014) o diagnóstico do TEA no Brasil permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores. Entretanto, é importante salientar que há instrumentos de rastreamento/triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, a fim de detectar sintomas relativos ao espectro e identificar, também, possível risco de autismo. Vale destacar que tais instrumentos fornecem informações que levantam a suspeita do diagnóstico, sendo necessário o encaminhamento para um profissional treinado e capacitado para finalizar o diagnóstico.

1.3 Instrumentos de identificação de sinais de TEA

Atualmente existem esforços para traduzir e validar instrumentos de identificação precoce de sinais do TEA, para o Brasil. Os mais utilizados são: a Escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*); o IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil); a ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised* ou Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada), a CARS (*Childhood Autism Rating Scale* ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância), o ESAT (*Early Screening for Autistic Traits*) e a ATA (*Avaliação de Traços Autísticos*).

A Escala M-CHAT consiste em um questionário com 23 itens, que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde aos pais de crianças de 18 a 24 meses. Baron-Cohen, Allen e Gillberg (1992), desenvolveram a escala CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) com o objetivo de auxiliar médicos pediatras a rastrear traços de autismo nas consultas de rotina aos 18 meses. Este instrumento incluía um questionário de nove questões direcionadas aos pais ou responsáveis pela criança e cinco itens de observação para o profissional de saúde. Visando a avaliar o jogo de faz-de-conta, o apontar protodeclarativo e o desenvolvimento intelectual, Robins et al. (2001) elaboraram, com base em lista de sintomas frequentemente presentes em crianças com autismo, 14 questões adicionais ao questionário de nove questões da CHAT, desenvolvendo deste modo a M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*). Neste estudo eles realizaram a validação da escala nos EUA. No Brasil a M-CHAT foi traduzida e adaptada por Losápio e Pondé (2008) em um estudo em que 20 pessoas foram entrevistadas e analisaram as 23 questões do instrumento avaliando o entendimento de cada uma delas no nosso idioma.

Carvalho et al. (2013) utilizaram a escala M-CHAT para rastrear precocemente traços autista em 104 crianças com idades em 16 e 24 meses, que frequentavam cinco creches públicas no município de Barueri- SP. Os autores identificaram quatro crianças com

resultados indicativos de TEA. Eles concluíram que, apesar de a escala M-CHAT ter se mostrado eficaz em detectar precocemente um número importante de alterações no desenvolvimento de crianças pré-escolares, é importante alertar para a necessidade de acompanhamento das crianças identificadas até completarem pelo menos três anos de idade para a confirmação do diagnóstico de TEA ou de algum outro transtorno do desenvolvimento.

O IRDI consiste em um instrumento de observação e inquérito composto por 31 itens sinais de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais (BRASIL, 2013). É uma entrevista diagnóstica semiestruturada, concebida para ser aplicada no principal cuidador da criança a partir de 05 anos de idade. É geralmente utilizado para identificar atrasos no desenvolvimento, mas fornecem alertas para sinais de TEA, quando estes atrasos são significativos nas áreas de comunicação social e presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.

A CARS é uma escala com 15 itens. Sua aplicação é rápida e adequada a qualquer criança com mais de dois anos de idade. Ela foi traduzida e aplicada em 60 pacientes com diagnóstico de autismo infantil, de três a 17 anos de idade, selecionados de um ambulatório especializado, com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas da nova versão (CARS-BR) (PEREIRA et al., 2008). Os autores obtiveram como resultado uma consistência interna elevada e a validade convergente (comparada com a Escala de Avaliação de Traços Autísticos). Foi, também, correlacionada à Escala de Avaliação Global de Funcionamento (para determinação da validade discriminante) e apresentou um alto coeficiente de correlação. Deste modo a versão CARS-BR foi adaptada e hoje é amplamente utilizada para identificar sinais de TEA e contribui para o diagnóstico do transtorno do espectro autista em diferentes faixas etárias (Pereira et al., 2008).

O ESAT (*Early Screening for Autistic Traits*) consiste em um questionário para o rastreamento precoce de traços autísticos, composto por 14 perguntas sobre o comportamento

das crianças. De acordo com Lampreia (2013), o instrumento foi desenvolvido por pesquisadores na Holanda e tem sido utilizado por médicos no sistema de saúde holandês e em pesquisas da área (DIETZ et al., 2006; SWINKELS et al., 2006). Os resultados do seu uso indicam que é um instrumento eficaz na diferenciação de crianças com desenvolvimento típico de crianças com desenvolvimento atípico, ou seja, crianças com atraso de desenvolvimento, transtorno de linguagem e sinais de autismo. Lampreia (2013) traduziu e adaptou este instrumento para o Brasil, realizando um estudo que capacitou profissionais da educação infantil, que têm contato regular com crianças de 12 a 24 meses, para exercerem a vigilância e o rastreamento precoces do autismo no Rio de Janeiro. Neste estudo foram ministradas quatro palestras de duas horas de duração cada. Participaram do curso 306 professoras articuladoras e outros profissionais das creches da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro, divididas em cinco turmas, representando aproximadamente 276 creches. Os professores responderam ao ESAT para um total de 2.499 crianças entre 12 e 24 meses de idade. O resultado do estudo foi o de 253 crianças com indicadores para o desenvolvimento de TEA, sendo 27 crianças entre 12-18 meses, 54 crianças entre 19-24 meses e 172 crianças maiores de 24 meses, as quais foram encaminhadas a profissionais para um possível diagnóstico já que o instrumento apenas se propõe a identificar sinais para o transtorno.

A escala ATA (*Avaliação de Traços Autísticos*), criada por Ballabriga, Escudé e Llaberia (1994), consistem em uma escala de avaliação gerada a partir experiência clínica de seus criadores, os quais unificaram os aspectos mais significativos do transtorno em 23 sub escalas e as respostas variam de 0 a 2 pontos. Este instrumento foi validado para a realidade brasileira em 1999 pelos autores Assumpção, Kuczynski, Gabriel e Rocca.

É essencial destacar, no entanto, que apesar destes instrumentos serem importantes para o rastreamento de sinais para o transtorno do espectro autista e alterações no

desenvolvimento da criança, o diagnóstico deve ser feito por meio de uma combinação de instrumentos de rastreamento, exames neurológicos, observação do comportamento, relato dos pais e, finalmente, concluído por uma equipe multidisciplinar (SILVA; MULICK, 2009).

1.4 Formação Continuada de Professores

De acordo com a Declaração de Salamanca (1994) o princípio básico da inclusão escolar explicita que as escolas reconheçam as diversas necessidades educacionais dos indivíduos e a elas respondam de maneira a assegurar-lhes o direito a uma educação de qualidade, proporcionar aprendizagem por meio de currículo apropriado, promover modificações organizacionais e estabelecer estratégias de ensino e uso de recursos adequados.

Um fator a ser ressaltado é que os desafios trazidos pela inclusão escolar não são previamente conhecidos pelos integrantes do ambiente escolar (como: diretores, coordenadores, professores, família) sendo assim todos estes personagens devem constantemente buscar novos conhecimentos para lidar com estes desafios diários. Consoante a este contexto a formação continuada pode ser uma ferramenta de aprendizagem e de desenvolvimento profissional da docência que possibilita o trabalho inclusivo e colaborativo. O momento de atividade de trabalho pedagógico coletivo (ATPC), cujo objetivo é a troca de experiências de ensino e aprendizagem, nos quais diretores e professores se reúnem e partilham experiências, visões, interpretações, conhecimentos, analisam problemas da escola como um todo e propõem soluções (BRANDE; ZANFELICE, 2012), pode ser um espaço para a aprendizagem de novas estratégias de avaliação e de ensino para a promoção do desenvolvimento de crianças.

Para que a estimulação de crianças com alguma deficiência ocorra de forma eficiente, é preciso refletir sobre como será a escolarização deste indivíduo. Apesar de toda a especulação a respeito dos direitos de uma pessoa com TEA e a forte produção literária em

relação à educação inclusiva, a educação desses alunos ainda está longe de ser realmente o que é previsto pela lei, sobretudo ao que tange a sua permanência na escola através da qualidade de oportunidades de ensino e aprendizagem. Os alunos com TEA estão inseridos nas classes de educação regular há algumas décadas, no entanto, a presença destes alunos ainda gera polêmicas entre escola, família e setores públicos da saúde. É importante ressaltar que as dificuldades de interação social apresentadas pelas crianças com TEA não impedem a escolarização, no entanto o despreparo dos professores e o desconhecimento sobre o transtorno, afeta o trabalho pedagógico, prejudicando o planejamento de atividades adaptadas ao comportamento do aluno e construção de rotinas que corroborem para o seu pleno desenvolvimento. Desta forma, conclui-se que o conhecimento sobre o Transtorno leva às práticas pedagógicas baseadas em evidências e uma formação consiste do professor contribui para um trabalho mais efetivo com todos os alunos (GOMES; MENDES, 2010; MISQUIATTI et al., 2014; SAMPAIO; MIURA, 2015; SCHMIDT, et al., 2016).

A formação do educador (inicial e continuada) deve constituir-se em um escopo que fundamente sua prática, sustentando condutas profissionais intencionalmente realizadas, direcionado por conhecimentos científicos e não apenas com base em experiências vividas por ele mesmo ou por tentativas ao acaso. Esta prática influencia diretamente o desenvolvimento das crianças expostas a este ambiente (BRITO, 2013). A fim de direcionar esta formação o Ministério de Educação criou, em 2004, a Rede Nacional de Formação Continuada de Professores, com o objetivo de contribuir para a melhoria da formação dos professores e alunos (BRASIL, 2004). Desde então, instituições de ensino superior públicas, federais e estaduais que fazem parte deste programa, produzem materiais de orientação para cursos à distância e semipresenciais, com carga horária de 120 horas ou mais, de forma a atender as demandas do Plano de Ações Articuladas (PAR) dos sistemas de ensino.

Gatti (2003) analisou os trabalhos sobre formação em serviço e/ou continuada que deram origem ao que hoje conhecemos como Rede Nacional de Formação Continuada. Nesta época ela pesquisou as dificuldades de mudança nas concepções e práticas educacionais desses profissionais em seu cotidiano escolar o que, segundo a autora, sempre foi uma preocupação dos mentores e implementadores dos programas ou cursos de formação continuada. O curso analisado visava mudanças cognitivas e na prática pedagógica, por meio do oferecimento de informações e conteúdos, de forma semipresencial. A autora concluiu que os cursos de formação continuada podem atingir os seus objetivos quando não se restringem a simples oferta de informações, mas proporcionam uma reflexão com estes profissionais sobre os temas abordados, visando uma aproximação da prática e levando em conta a percepção destes sobre o tema.

Carvalho e Tavares (2011) fizeram um estudo a partir da implementação do projeto “Perspectivas educacionais inclusivas para o aluno com autismo na rede pública de ensino (Projeto PEI)”, no município de São João de Meriti e cidades vizinhas, o qual consistia em capacitar os profissionais de educação em relação às características do autismo, avaliação do transtorno, possibilidades de inclusão e a apresentação de princípios básicos de algumas abordagens teóricas: Análise do Comportamento, Psicomotricidade, dentre outros temas. Os principais resultados encontrados foram a ampliação do conhecimento dos profissionais desta escola a respeito do autismo, a criação de um modelo de planejamento individualizado, no qual todos os profissionais da escola podem dar contribuições nas estratégias de trabalho, assim como a melhoria das relações existentes entre os membros da escola e a criança com autismo e sua família.

Objetivando operacionalizar e avaliar uma capacitação destinada aos professores de educação especial, envolvendo professores de classes regulares e pais, Benitez e Domeniconi (2014) criaram diferentes estratégias de ensino compartilhado de leitura e escrita para alunos

com autismo e deficiência intelectual matriculados nas escolas regulares, respeitando as especificidades de cada contexto de ensino. Os autores apontaram que o estudo foi eficaz, contribuindo para a operacionalização de estratégias inclusivas de ensino, aplicadas pelos diversos agentes que participam da educação das crianças com deficiência. Observaram a criação de espaços de aprendizagem que valorizavam o atendimento dos alunos considerando suas características, como ritmos distintos de aprendizagem e potencialidades diferenciadas.

Apesar dos estudos apresentados mostrarem resultados efetivos, autores como Simpson (2005) e Misquiatti et al. (2014), ressaltam que os programas de treinamento e capacitação de professores com alunos com TEA são insuficientes em número, mostrando uma abrangência muito restrita em relação ao número de educadores e, muitas vezes, limitados em conteúdo. Outro fator evidenciado foram as justificativas apresentadas pelos educadores, como por exemplo, a falta de tempo disponível para estudo e a intensa carga de trabalho, que dificultam a expansão de cursos de capacitação. Portanto, estudos que avaliam a eficácia de cursos de formação de professores colaborariam para o preenchimento das lacunas destacadas pelos autores mesmo que se o foco inicial do estudo for a identificação precoce de sinais de autismo na Educação Infantil.

2. OBJETIVOS

Elaborar, implementar e avaliar um programa de instrumentalização de profissionais da Educação Infantil para a identificação de crianças de sinais de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

3. MÉTODO

3.1 Procedimentos Éticos

Inicialmente o projeto foi apresentado à Secretaria de Educação da cidade de Bauru - SP, com o objetivo de solicitar autorização e respaldo para a aplicação da pesquisa nas Escolas Municipais de Ensino Infantil do município. A rede municipal de Educação Infantil em Bauru tem 41 Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), 23 escolas Educação Infantil Integrada (EMEII) e 28 creches conveniadas. As EMEIS atendem em período parcial, das 8h às 11h e das 13h30 às 17h e as EMEIIS atendem em período integral, das 7h às 17h (algumas escolas iniciam o atendimento às 7h30). As EMEIIS foram escolhidas para participar da pesquisa por funcionar em período integral e proporcionar um maior contato diário entre os profissionais e as crianças facilitando o processo de identificação de sinais de TEA. Após a autorização da Secretaria Municipal de Educação, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética por meio do protocolo 1.109.112, respeitando a resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sobre a realização de pesquisas com seres humanos. O projeto foi apresentado em todas as 23 escolas e os todos os profissionais foram convidados a participar do estudo de modo voluntário. Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I).

3.2 Participantes

Vinte e duas das 23 EMEIIS responderam a solicitação afirmando que gostariam de participar. Estas escolas contam com 489 profissionais contratados, no entanto, apenas os professores com cinco anos de exercício efetivo (168) e as diretoras (22) fazem o horário de atividade de trabalho pedagógico coletivo (ATPC) por ser remunerado. Como este horário foi utilizado para ministrar o curso em cada escola, possivelmente dificultou o acesso dos demais profissionais, ainda que pudessem fazê-lo por livre demanda. Desta forma, participaram do

curso 170 profissionais das 22 EMEIIs da rede pública de um município do interior do estado de São Paulo. No entanto, como o estudo pretendeu avaliar a eficácia do curso, o requisito para a participação efetiva do estudo foi que os participantes estivessem presentes nos três momentos de avaliação (pré-teste, pós-teste e follow-up). Devido a diversas motivações (transferências de escolas, afastamento por saúde, gravidez, greve de professores, entre outras) 44 participantes não estiveram presentes em alguma das etapas de avaliação. Deste modo, participaram efetivamente do estudo 126 participantes, os quais tem contato diário com crianças na faixa etária de seis meses a cinco anos. A Tabela 1 descreve os dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Descrição dos dados dos profissionais da Educação Infantil participantes da pesquisa.

	Característica	Número de participantes	Porcentagem
Idade	De 27 a 35 anos	46	36.51
	De 36 a 45 anos	34	26.98
	De 46 anos ou mais	43	34.13
	Não respondeu	3	2.38
	Total	126	100
Profissão	Agente educacional cuidador	1	0.79
	Auxiliar de creche	3	2.38
	Diretora	14	11.11
	Professor (a)	108	85.71
	Total	126	100
Nível de escolaridade	Ensino Médio Completo	6	4.76
	Ensino Superior Completo	89	70.63
	Pós-Graduação	28	22.22
	Não Respondeu	3	2.38
	Total	126	100

Fonte: Ficha de Sondagem de dados sociodemográficos elaborado por esta pesquisadora.

Os participantes tem idade entre 27 e 68 anos, sendo a média de idade de 41,36 anos. Em relação à profissão, observa-se que 85,71% dos participantes são professores. Também participaram um cuidador, três auxiliares de creche e 14 diretoras, ainda que cuidadores e auxiliares não participassem do ATPC. Dos participantes, 113 (89,68%) informaram o tempo de experiência trabalhando como educadores com média de 13,63 anos. Em relação ao nível de escolaridade da amostra, 92,85% tem ensino superior completo, sendo que destes 22,22% afirmaram ter feito curso de pós-graduação (lato senso ou stricto senso). O restante declarou ter ensino médio completo e três profissionais não informaram. A formação de nível médio mais frequente entre os participantes foi o magistério (oito participantes). Daqueles com nível superior o curso de Pedagogia foi o mais frequente. Dos que fizeram cursos de pós-graduação (28) os mais frequentes foram a Especialização em Psicopedagogia (47,68%) e Especialização em Educação Infantil (21,50%).

3.3 Materiais

Nesta pesquisa foram utilizados como instrumentos de coleta:

- Questionário respondido pelo profissional da Educação Infantil (FELICIO, 2007) adaptado para este estudo (ANEXO II). Ele contém dez questões para serem respondidas antes da capacitação, sobre autismo, e uma ficha com informações sobre a formação profissional, tempo de experiência e nível de escolaridade;
- O mesmo questionário em uma versão mais curta com cinco questões (ANEXO III) foi respondido imediatamente após a capacitação e quatro meses depois (*follow-up*). As modificações feitas neste questionário foi a retirada de cinco das 10 questões, nas quais era questionado o contato do profissional com pessoas com TEA, se possuíam conhecimento teórico em relação ao TEA e se conheciam os instrumentos de

identificação. Permaneceram as questões referentes à identificação precoce e à prática pedagógica.

- Questionário 1 para pré e pós-teste do primeiro encontro do curso elaborado para esta pesquisa (APÊNDICE I), constituído por três questões com quatro alternativas cada, onde somente uma é a correta;
- Questionário 2 para pré e pós-teste do segundo encontro do curso elaborado para este estudo (APÊNDICE II), composto por quatro questões de múltipla escolha com quatro alternativas cada, sendo somente uma correta em cada questão;
- Questionário 3 para pré e pós-teste do terceiro encontro do curso elaborado para este estudo (APÊNDICE III), formado por duas questões de múltipla escolha com sete alternativas cada e sendo correta mais de uma delas.

Na capacitação foram apresentados os instrumentos de rastreamento:

- Escala CARS - *Childhood Autism Rating Scale* ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância (PEREIRA, 2008);
- ESAT - *Early Screening for Autistic Traits* (LAMPREIA, 2013);
- M-CHAT - *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (LOSAPPIO; PONDÉ, 2008).
- Além de equipamentos de multimídia, caixas de som, papel e canetas.

3.4 Procedimentos de Coleta de Dados

O procedimento de coleta de dados foi dividido em quatro etapas:

A primeira etapa consistiu na apresentação do projeto e as etapas do mesmo em cada escola, em horário de ATPC, previamente agendado. Para os que aceitaram participar do projeto, neste encontro foi aplicado o *Questionário a ser respondido pelo profissional da Educação Infantil*, visando à descrição do conhecimento que os participantes têm sobre o

tema, assim como coletar seus dados sociodemográficos. A aplicação do questionário teve duração de 40 minutos, em média.

Neste contexto, a segunda etapa foi a capacitação, a qual foi dividida em três encontros, descritos na Tabela 2. A capacitação foi feita separadamente em cada uma das 22 escolas, contando com a presença média de oito professores em cada encontro, com uma hora de duração no horário de ATPC, previamente determinada pela direção. A capacitação teve como objetivo instrumentalizar estes profissionais tendo como expectativa que a informação colaboraria para a identificação precoce dos sinais de TEA para encaminhamento para profissionais de saúde para o diagnóstico. Nesta etapa, contou-se com a presença de uma aluna de iniciação científica (Bruna Pádua Silva) também orientada pela Professora Dra Olga, a qual foi treinada e auxiliou na aplicação do curso em sete das 22 escolas.

Tabela 2 - Apresentação da capacitação e descrição dos encontros.

ENCONTRO	OBJETIVO	CONTEÚDO	ESTRATÉGIA
PRIMEIRO	<p>Explicar sobre o conceito de TEA e suas principais características;</p> <p>Instrumentalizar os profissionais a identificarem estas características.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definição; • Prevalência mundial; • Características típicas; • Possíveis causas; • Possíveis intervenções; • Como o diagnóstico de TEA é feito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição dialogada; • Identificação de características do TEA por meio de vídeos. • Atividade para casa: Sinalização das características típicas do TEA em dois casos clínicos.
SEGUNDO	<p>Apresentar os principais instrumentos disponíveis para orientar a observação destes profissionais aos comportamentos típicos do TEA.</p>	<p>Apresentação de três instrumentos de rastreamento de sinais para o TEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESAT (<i>Early Screening for Autistic Traits</i>); • M-CHAT (<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>); • CARS (<i>Childhood Autism Rating Scale</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação oral e discussão sobre a tarefa do encontro anterior; • Exposição dialogada de três instrumentos de rastreamento. • Atividade para casa: Preencher um dos instrumentos, observando de um de seus alunos (a escolha do aluno poderia ser aleatória, à medida que o objetivo da atividade era a simples exposição aos instrumentos).
TERCEIRO	<p>Refletir e discutir sobre a importância do diagnóstico precoce e o perigo do diagnóstico como um rótulo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Significado do rótulo e como ele influencia no desenvolvimento do indivíduo; • Importância do diagnóstico precoce; • Medidas a serem tomadas caso ocorra a identificação de alterações importantes no desenvolvimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação oral dos resultados encontrados pela aplicação dos instrumentos nos alunos; • Dinâmica dos rótulos; • Exposição dialogada de alternativas para caso ocorra a identificação de alterações importantes no desenvolvimento do indivíduo.

No início e no fim de cada um dos três encontros os participantes responderam questionários (1, 2 e 3), a fim de verificar se os conhecimentos prévios foram alterados pelo conteúdo do encontro.

A terceira etapa teve como objetivo avaliar se as informações fornecidas na capacitação, a oportunidade de observar as crianças a partir dos instrumentos e a reflexão com os participantes foram efetivas. Deste modo, o questionário respondido por eles na primeira etapa foi reaplicado em uma versão reduzida.

A quarta etapa consistiu na reaplicação do questionário na versão reduzida quatro meses após o terceiro encontro da capacitação feita na segunda etapa do projeto (*follow-up*). Este período foi estabelecido para que todas as escolas pudessem passar por todas as quatro etapas ao longo de um ano, uma medida para garantir a presença dos participantes em todas as etapas do processo. O objetivo desta etapa foi verificar se as informações fornecidas aos participantes em relação ao TEA permaneceram em relação ao tempo.

3.5 Procedimentos de Análise de Dados

A análise de dados foi elaborada a partir da categorização das respostas ao questionário nas três aplicações (primeira, terceira e quarta etapa). Para que a categorização fosse feita inicialmente todas as respostas foram transcritas em uma planilha no computador. Em seguida foi executada uma exploração do material, que consistiu em uma leitura geral a fim de formular as categorias a partir da semelhança entre as respostas. Deste modo as categorias foram elaboradas e a frequência foi anotada. As categorias referentes às duas primeiras questões do *Questionário a ser respondido pelo profissional da Educação Infantil* (FELÍCIO, 2007) foram definidas previamente conforme a literatura, à medida que corresponderam aos conceitos e características específicas do transtorno. Este procedimento foi feito com os questionários divididos pelas fases de aplicação, antes e depois da

intervenção e, também, na avaliação de seguimento, para uma posterior comparação das frequências das categorias identificadas a fim de verificar se os conhecimentos e a opinião deles, sobre o diagnóstico do transtorno do espectro autista em crianças, sofreu alteração e se manteve ao longo do tempo.

Para os questionários 1 e 2 de conhecimentos prévios e posteriores aplicados primeiro e segundo encontro da capacitação respectivamente, foi utilizada a análise estatística com o Teste McNemar, o qual consiste em um teste estatístico utilizado em dados nominais pareados. Para os questionários aplicados antes, depois da capacitação e na avaliação de seguimento, quatro meses após a capacitação, foi utilizado o teste ANOVA de amostras relacionadas, comparando par a par (Pré e Pós; Pós e follow-up; Pré e Follow-up). As diferenças significativas foram sinalizadas pelo valor de (p) menor que $p < \alpha = 0,05$, sendo α o nível de significância.

4. RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados seguindo a ordem das questões do questionário aplicado antes, imediatamente após e quatro meses após a capacitação. Deste modo, em todas as questões serão comparadas as respostas dos participantes nestes três momentos de avaliação.

A primeira questão do questionário se relaciona com a definição do Transtorno do Espectro Autista. Como se trata de uma questão conceitual foi adotado como parâmetro de comparação quatro aspectos essenciais para uma definição correta do transtorno do espectro autista de acordo com a literatura analisada para este estudo. Sendo os quatro aspectos os seguintes: 1 – Forte componente genético; 2 – Implica atraso no desenvolvimento; 3- Déficits

na comunicação social; e 4- Apresenta comportamento repetitivo e estereotipado e interesses restritos. As respostas a esta questão foram categorizadas com base nestes quatro aspectos, sendo considerada: Correta, quando a resposta continha pelo menos três dos quatro aspectos elencados; Parcialmente Correta, quando foi citado pelo menos um dos aspectos da definição oficial; ou Incorreta quando não continha nenhum aspecto da definição oficial, contendo expressões vagas ou baseadas em senso comum. Deste modo a frequência bruta de respostas para cada categoria, a frequência relativa (em porcentagem) e a análise estatística da comparação entre as avaliações estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição das categorias em relação à definição do TEA e análise estatística.

Categorias	Pré-teste	Pós-teste	(p)	Pré-teste	Follow-up	(p)	Pós-teste	Follow-up	(p)
Definição correta	7 (5,56)	24(19,05)	0,0757	7 (5,56)	26(20,63)	0,0172	24(19,05)	26(20,63)	0,2794
Definição parcialmente correta	62(49,21)	89(70,63)	0,1066	62(49,21)	87(69,05)	0,3243	89(70,63)	87(69,05)	0,1416
Definição incorreta	24(19,05)	8 (6,35)	0,0110	24(19,05)	10(7,94)	0,0074	8 (6,35)	10(7,94)	1,0000
Não respondeu	33(26,19)	5 (3,97)	0,0972	33(26,19)	3 (2,38)	0,4306	5 (3,97)	3 (2,38)	0,9889
Total	126 participantes								

Nesta perspectiva, inicialmente sete participantes (5,56%) tiveram suas respostas consideradas Corretas, pois continham três ou mais elementos da definição oficial. No teste imediatamente após a capacitação o número de participantes que responderam corretamente a esta questão aumentou para 24 (19,05%), percebendo-se um aumento significativo ($p=0,0172$) e no *follow-up* este número subiu para 26 participantes (20,63%), sem diferença significativa.

É possível citar como exemplo de respostas para esta categoria:

“Apresenta dificuldades na socialização, comunicação e comportamento considerado uma tríade da deficiência que pode ou não determinar outros sinais” (P43 – Pré-teste);

“Seria um transtorno genético, iniciando-se na infância, com comportamentos típicos/repetitivos que vão acompanhar o indivíduo por toda a vida” (P69 – pós-teste);

“É um transtorno neurológico, genético, com alterações de socialização e interação social” (P32 – Teste seguimento).

Em relação a respostas consideradas Parcialmente Corretas, que continham pelo menos um aspecto da definição oficial, na avaliação inicial foram 62 participantes (49,21%), tendo um aumento para 89 participantes (70,63%) no pós-teste e 87 participantes (69,05%) na avaliação de seguimento. Não foram encontradas diferenças significativas entre essas respostas ao longo das avaliações. São exemplos de respostas:

“Diferentes síndromes com dificuldade de socialização.” (P14– pré-teste);
“A criança, ou melhor, indivíduo com TEA não tem relacionamento com outros” (P72 – pós-teste);
“Desvio no comportamento comprometendo o social e o aprendizado” (P36 – teste de seguimento).

As respostas de 24 participantes (19,05%) foram consideradas Incorretas por não citarem nenhuma característica correspondente ao TEA na avaliação inicial. Este número caiu para oito participantes (6,35%) no pós-teste, indicando uma diminuição significativa ($p=0,0110$). Este número tem um aumento na avaliação de seguimento para 10 participantes (7,94%). Se comparado ao pré-teste a diminuição permanece significativa ($p=0,0074$). Pode-se ilustrar esta categoria com as seguintes respostas:

“O autista vive num mundo que é só dele, alheio a nossa realidade.” (P58 – pré-teste);
“É quando a criança procura viver no seu próprio mundo, isto é isolado, demonstrando ser diferente das demais crianças” (P83 – pós-teste);
“São padrões de comportamentos fora do ensino – aprendizagem” (P86 – teste de seguimento).

Nesta primeira questão, 33 dos participantes (26,19%) não a responderam no pré-teste, no pós-teste cinco participantes (3,97%) e, três pessoas (2,38%) não a responderam no seguimento.

A questão dois se referia aos conhecimentos dos participantes a respeito das características típicas do TEA. Novamente por ser uma questão conceitual a categoria foi criada considerando a literatura da área. Foram selecionadas cinco classes de característica deste transtorno, tais como: 1- Comportamentos repetitivos e/ou estereotipados; 2- Dificuldade de comunicação e/ou linguagem; 3- Hipersensibilidade a barulhos/ sons/ ambientes novos ou mudanças de ambiente; 4- Padrão restrito de interesses e comportamentos

(dificuldade de alteração na rotina, brinca sempre com a mesma coisa do mesmo modo, seletividade alimentar); 5- Dificuldade de socialização (não consegue se colocar no lugar do outro, compartilhar brinquedos ou brincadeiras, pode ser agressivo, tende ao isolamento).

Semelhante à questão anterior, as categorias de resposta criadas foram: Resposta Correta, que deveria conter três ou mais classes de características do TEA; a Parcialmente Correta, que o respondente deveria citar pelo menos uma classe de características e, e a Resposta Incorreta que é aquela em que não foi citada nenhuma característica relacionada ao TEA, utilizando descrições vagas ou baseadas em senso comum. As frequências brutas, relativas e as análises estatísticas estão descritas na Tabela 4.

Tabela 4 - Frequências das categorias sobre as características do TEA, segundo os profissionais de Educação Infantil e análise estatística.

Categorias	Pré-teste	Pós-teste	(p)	Pré-teste	Follow-up	(p)	Pós-teste	Seguimento	(p)
Correta	14(11,11)	101(80,16)	0,0271	14(11,11)	99(78,57)	0,0253	101(80,16)	99(78,57)	1,0000
Parcialmente correta	96(76,19)	23(18,25)	0,3993	96(76,19)	27(21,43)	0,7873	23(18,25)	27(21,43)	0,9964
Incorreta	9 (7,14)	1 (0,79)	0,5675	9 (7,14)	0	0,5000	1 (0,79)	0	0,5000
Não respondeu	7 (5,56)	1 (0,79)	0,0027	7 (5,56)	0	0,5000	1 (0,79)	0	0,5000
Total	126 participantes								

Na primeira aplicação do questionário as respostas de 14 participantes (11,11%) se enquadraram na categoria de Resposta Correta, no pós-teste este número aumentou para 101 participantes (80,16%) resultando em um aumento significativo ($p=0,0271$) se comparado ao pré-teste. Já na avaliação de seguimento 99 participantes (78,57%) responderam corretamente a esta questão, destacando a diferença significativa se comparada ao primeiro momento de avaliação, mas não à avaliação de seguimento Para exemplificar as respostas consideradas corretas pode-se citar:

“Movimentos repetitivos, rotina regrada (específica), fala “robotizada” – própria, não olham nos olhos.” (P4 – pré-teste);

“Movimentos repetitivos e espontâneos, ecolalia, dificuldade na linguagem (comunicações verbal) aceitação de regras, seletividade, dificuldade de concentração e atenção, relacionamento com as pessoas” (P1 – Pós-teste);

“Segue rotina rígida, movimentos de flaps com as mãos de modo repetitivo e estereotipado, demora falar, gosta de ficar sozinho, e não se incomoda com o isolamento, hiporesponsivo a estímulos e etc.” (P21 – Follow-up).

A categoria onde os participantes citaram pelo menos uma característica típica do transtorno foi considerada Parcialmente Correta. No pré-teste as respostas de 96 participantes (76,19%) se encaixaram nesta categoria, no pós-teste diminuiu para 23 participantes (18,25%) e, na avaliação de seguimento, teve um breve aumento para 27 participantes (21,43%). Todavia, as diferenças entre as avaliações não foram significativas. Nesta categoria é possível citar respostas como:

“É uma criança que se isola das demais, não participa das atividades e brincadeiras em grupo” (P38 – pré-teste);
“Dificuldades de interagir com seus pares principalmente” (P19 – pós-teste);
“Geralmente se isola não interage com o grupo, alguns são agressivos” (P3 – Avaliação de seguimento).

Na primeira aplicação do questionário nove participantes (7,14%) responderam incorretamente esta questão ao não citar nenhuma característica específica do TEA, podendo ser características de outros transtornos ou de crianças com desenvolvimento típico. No pós-teste apenas uma resposta foi considerada incorreta e na avaliação após quatro meses nenhum participante respondeu incorretamente. As diferenças observadas entre as avaliações não foram significativas. Como exemplos é possível citar:

“Uma criança que tem dificuldades de enxergar “o mundo”. Ela vive no seu próprio “mundo”” (P25 – pré-teste);
“Agitada, grita” (P26 - pré-teste);
“Uns diferentes dos outros. Calmo, tolerantes, irritados e outros.” (P24 – pós-teste).

Semelhante à questão anterior a categoria onde os participantes deixaram de responder foi maior no pré-teste, contando com sete participantes (5,56%). Enquanto que no pós-teste apenas um deixou a questão em branco, apresentando uma queda significativa ($p=0,0027$) e não houve nenhum participante que deixou de responder esta questão na avaliação de seguimento.

A questão três foi referente à quais decisões os participantes tomariam caso entrasse em contato com um aluno com sinais para o TEA. As categorias de respostas foram criadas a

partir da semelhança entre as repostas dos participantes. Agrupamos as decisões dos participantes em quatro classes: 1- Observação do comportamento da criança; 2 – Encaminhamento a direção da escola; 3 - Estabeleceria contato com a família; 4- Encaminha para serviços especializados (APAE, SORRI, para o professor de educação especial da rede municipal). Desta forma, as categorias criadas foram as diferentes combinações destas classes de decisões. A Tabela 5 demonstra a frequência bruta, relativa e a análise estatística, com que as diversas combinações entre estas classes de decisões que apareceram dentre as repostas dos participantes.

Tabela 5 - Categorias sobre as decisões dos profissionais ao identificar características do TEA nas crianças.

Categorias	Pré-teste	Pós-teste	(p)	Pré-teste	Seguimento	(p)	Pós-teste	Seguimento	(p)
Apresenta as quatro decisões.	2 (1,59)	6 (4,76)	0,0040	2 (1,59)	7 (5,56)	0,0001	6 (4,76)	7 (5,56)	1,0000
Decide contatar a família, observar a criança e encaminhar.	5 (3,97)	39(30,95)	0,3750	5 (3,97)	18 (14,29)	0,3762	39(30,95)	18 (14,29)	0,3762
Decide contatar a família, observar a criança e conversar com a direção.	0	6 (4,76)	0,5000	0	3 (2,38)	0,5000	6 (4,76)	3 (2,38)	0,5000
Decide contatar a família, encaminhar e conversar com a direção.	2(1,59)	2 (1,59)	1,0000	2(1,59)	1 (0,79)	0,5474	2 (1,59)	1 (0,79)	0,5474
Decide observar a criança, encaminhar e conversar com a direção.	2(1,59)	0	-	2(1,59)	0	0,5000	0	0	-
Decide contatar a família e observar a criança.	0	6 (4,76)	0,5000	0	1 (0,79)	0,5000	6 (4,76)	1 (0,79)	0,5000
Decide contatar a família e encaminhar.	9 (7,14)	11 (8,73)	0,3974	9 (7,14)	18 (14,29)	0,0051	11 (8,73)	18 (14,29)	0,0051
Decide contatar a família e conversar com a direção.	5(3,97)	1 (0,79)	0,0002	5(3,97)	5 (3,97)	-	1 (0,79)	5 (3,97)	-
Decide observar a criança e encaminhar.	3(2,38)	22(17,46)	0,0306	3(2,38)	14 (11,11)	0,6861	22(17,46)	14 (11,11)	0,6861
Decide conversar com a direção e encaminhar.	11(8,73)	2 (1,59)	0,6274	11(8,73)	7 (5,56)	0,0302	2 (1,59)	7 (5,56)	0,0302
Decide contatar a família.	5 (3,97)	0	0,5000	5 (3,97)	0	0,5000	0	0	-
Decide observar a criança.	8(6,35)	6 (4,76)	0,7405	8(6,35)	5 (3,97)	0,1071	6 (4,76)	5 (3,97)	0,1071
Decide encaminhar.	65(51,59)	25(19,84)	0,0366	65(51,59)	47(37,30)	0,0397	25(19,84)	47(37,30)	0,0397
Conversa com a direção.	4 (3,17)	0	0,5000	4 (3,17)	0	0,5000	0	0	-
Não respondeu.	5 (3,97)	0	0,5000	5 (3,97)	0	0,5000	0	0	-
Total	126 participantes								

Na avaliação inicial apenas dois participantes (1,59%) indicaram que tomariam as quatro classes de decisões: Contatar com a família, observar a criança, encaminhar e conversar com a direção. Já na segunda avaliação (pós-teste) este número subiu para seis participantes (4,76%), este aclave foi estatisticamente significativo se comparada à avaliação inicial ($p=0,0040$). Na avaliação de seguimento sete participantes (5,56%) citaram as quatro classes de decisões, do mesmo modo se comparada à avaliação inicial este aumento foi classificado como significativo ($p=0,0001$). É possível citar como exemplo:

“Inicialmente conversaria com a direção da escola para que fosse solicitada uma reunião com a família para expor os aspectos observados. Após conversa com a família sugeriria um encaminhamento ao profissional especializado para que fosse feita uma avaliação” (P69 – Pré-teste);

“Primeiramente observaria as características, apresentaria a direção e assim à família para uma conversa sobre o que eles percebem na criança e depois encaminharia a uma instituição especializada” (P68 – Pós-teste);

“Aplicaria um teste, conforme a sua idade (ESAT ou M-CHAT). A partir dele, conversaria com a direção da escola e com a família para saber o que foi feito por ela até então e providenciar um encaminhamento” (P89 – Follow-up).

Alguns participantes citaram três das quatro classes de decisões. Iniciaremos assim a exposição das diferentes combinações. A primeira combinação incluía “decide contatar com a família, observar a criança e encaminhar”, foi citada por cinco participantes (3,97%) na avaliação inicial, por 39 participantes (30,95%) no pós-teste e, por 18 participantes (14,29%) na avaliação de seguimento. Como exemplo cita-se:

“Primeiramente atuar através das observações, contato com a família e o encaminhamento ao profissional competente para as devidas orientações” (P11- Pré-teste);

“Faria um questionário através da observação da criança para detectar algumas características do TEA. Pediria a presença dos pais para a realização do questionário juntos e depois faria o encaminhamento” (P32 – Pós-teste);

“Conversa informal com a família, registro dos comportamentos na escola e na família. Encaminhamento para especialistas para avaliação” (P43 – Follow-up).

Já a combinação “Decide contatar a família, observar a criança e conversar com a direção” não foi citada inicialmente, no entanto, na segunda avaliação foi citada por seis participantes (4,76%) e, por três participantes (2,38%) na terceira avaliação. Cita-se:

“Observaria e registraria os sinais, utilizando um dos três instrumentos (questionários apresentados durante este curso). Comunicaria a direção da escola e aos pais” (P29 – Pós-teste);

“Observação do comportamento aplicação do teste de identificação precoce de sinais, relato aos pais e direção escolar” (P22 – Follow-up).

A outra combinação foi ”Decide contatar a família, encaminhar e conversar com a direção”, foi citado por dois participantes (1,59%) inicialmente. Este número se manteve na segunda avaliação e caiu para um participante na avaliação de seguimento. Como a seguir:

“Entraria em contato com os pais e os profissionais que trabalham com ela. E encaminharia para a professora do especial” (P34 - Pré-teste);

“Conversaria com a família e o apoio da gestora para encaminhamento a profissionais especializados” (P36 – Pós-teste);

“Junto com a diretoria da escola primeiramente chamaria os pais para uma conversa e encaminharia a criança para uma avaliação” (P54 – Follow-up).

A combinação “Decide observar a criança, encaminhar e conversar com a direção” foi citada por dois participantes (1,59%) na avaliação de pré-teste e não foi citada por nenhum participante no pós-teste e nem no follow-up.

”Levaria ao conhecimento da minha gestora, para observar o comportamento e encaminhar para uma professora do especial” (P55 – Pré-teste).

Outros participantes citaram duas das quatro classes de decisões e, desta maneira serão apresentadas as diversas combinações criadas a partir destas respostas. A combinação “Decide contatar a família e observar a criança” foi uma categoria que não apareceu entre as respostas dos participantes na avaliação inicial, no entanto, foi citada por seis participantes (4,76%) no pós-teste. Todavia, este número diminuiu para um participante na avaliação de seguimento. Cita-se:

“Faria os testes que aprendi a conhecê-los no curso e falaria com os pais” (P78 – Pós-teste);

“Procuraria me aprofundar e conhecer melhor a criança. Procuraria ajuda e apoio dos pais ou responsáveis” (P85- Follow-up).

A decisão de “Contatar a família e encaminhar”, foi citada por nove participantes (7,14%) inicialmente. Este número aumentou para 11 participantes (8,73%) no pós-teste e um crescimento para 18 participantes (14,29%) na avaliação de seguimento. A diferença entre a avaliação inicial e a de seguimento foi apontada como significativa ($P=0,0051$), assim como a diferença entre o pós-teste e a avaliação de seguimento ($p=0,0051$). Para exemplificar:

“Em primeiro lugar conversaria com os pais, para que os mesmos pudessem procurar atendimento, médico e se possível faria encaminhamento para que o aluno fosse avaliado e diagnosticado” (P100 – Pré-Teste);
“Chamaria os pais para uma conversa e após uma afirmativa, encaminharia o aluno ao órgão competente” (P6- Pós-teste);
“Conversaria com a família para estar encaminhando para fazer testes em uma instituição especializada” (P7 – Follow-up).

A decisão de “Contatar a família e conversar com a direção” foi citada inicialmente por cinco participantes (3,97%), por um participante no pós-teste, indicando uma diminuição significativa ($P=0,0002$) e, novamente por cinco participantes (3,97%) na avaliação de seguimento. Como a seguir:

“Falava com a direção da escola, para que juntos convidássemos os pais para um diálogo” (P50- Pré-teste);
“Primeiramente comunicava a direção da escola, em seguida conversaria com os pais para que juntos fossem tomadas as providências coletivas” (P83 – Pós-teste);
“Comunicaria a equipe gestora da escola e informaria a família” (P124 – Follow-up).

Os participantes que decidiram “Observar a criança e encaminhar”, foram inicialmente três (2,38%) na avaliação pré-teste, aumentando para 22 participantes (17,46%) sendo considerado um aumento significativo ($p=0,0306$) no pós-teste e, no follow-up foi citada por 14 participantes (11,11%).

“Pediria para que o professor do Especial me ajudasse nas observações para que pudessem ser encaminhado” (P97- Pré-teste);
“Analisar seu comportamento e atitudes e encaminhar a profissional competente” (P42 – Pós-teste);
“Após aplicar uma das avaliações sugeridas no curso ou encaminharia para uma equipe de médicos e psicólogos avaliar” (P120 – Follow-up).

Alguns participantes apontaram as decisões de “Conversar com a direção e encaminhar a criança para atendimento especializado” citada, inicialmente, por 11 participantes (8,73%) e, na avaliação pós-teste por dois participantes (1,59%). Na avaliação de seguimento foi citada por sete participantes (5,56%), sendo considerada uma diminuição significativa se comparada ao pré-teste ($p=0,0302$) e um aumento significativo se comparado ao pós-teste ($p=0,0302$). Cita-se:

“Comunicaria a direção da escola, que me informaria quais as formas de encaminhamento para triagem da SORRI e APAE” (P89- Pré-teste);
“Comunicar a direção da escola para enviar uma especialista” (P3 – Pós-teste);
“Pediria encaminhamento junto com a direção para um atendimento médico para verificar realmente seu quadro clínico” (P92– Follow-up).

Dentro desta perspectiva alguns participantes citaram apenas uma das quatro classes de decisões. Como a decisão de apenas contatar a família, citada apenas na avaliação inicial por cinco participantes (3,97%).

“Pediria ajuda da família em primeiro lugar” (P64 – Pré-teste).

Já a decisão de observar a criança antes de qualquer outra atitude, foi citada por oito participantes (6,35%) na avaliação pré-teste, por seis (4,76%) na avaliação pós-teste e por cinco participantes (3,97%) na avaliação de seguimento. Nesta categoria a aplicação dos instrumentos de rastreamento (os quais tem por base a observação do comportamento da criança) apareceu somente nas respostas de pós-teste e seguimento.

“Observaria para poder ajudar de melhor maneira possível” (P48 – pré-teste);

“Observaria mais afundo o seu comportamento, estimularia para saber se não é por não conhecer, aplicaria um dos testes para identificar possível TEA” (P59 – pós-teste);

“Aplicaria um dos documentos sugeridos no nosso curso, onde poderia observar e registrar as características comportamentais da criança” (P29 – Follow-up).

A decisão de encaminhar diretamente a criança a serviços especializados, foi bastante citada nos três momentos de avaliação, sendo citada pela maioria dos participantes, configurando 65 participantes (51,59%) no pré-teste, por 25 participantes (19,84%) no pós-teste, sendo uma queda significativa ($p=0,0366$) e, por 47 participantes (37,30%) na avaliação de seguimento, onde tanto a queda se comparada a avaliação inicial foi significativa ($p=0,0397$), como o aumento também foi significativo se comparado ao pós-teste ($p=0,0397$).

“Encaminhar para psicólogo.” (P17 – pré-teste);

“Eu a encaminharia à profissionais capacitados para realizarem um diagnostico” (P15 – pós-teste);

“Encaminharia para uma avaliação” (P2 – avaliação de seguimento).

A comunicação do fato à direção da escola a fim de tomarem juntos as próximas decisões apareceu somente na primeira avaliação, sendo citada por quatro participantes (3,17%). Como por exemplo:

“Comunicaria a direção para que esta tomasse as medidas cabíveis para requerer auxilio” (P19 - pré-teste).

Outra ocorrência apenas no pré-teste foi o de participantes que não responderam a esta questão, correspondendo a cinco participantes (3,97%).

A questão quatro foi sobre quais seriam as solicitações que os participantes fariam caso recebessem uma criança com diagnóstico de TEA em sua turma. As categorias de respostas foram organizadas de modo semelhante à questão anterior, mesclando as classes solicitações citada foram: 1- Obteria informações com estudos/cursos; 2 - Solicitaria laudo e troca de informações e orientações com os profissionais que acompanham a criança (médicos, psicólogos, professor de Educação Especial, cuidadora); 3 - Estabeleceria contato com a família; 4- Conheceria a criança, antes de qualquer outra atitude. A Tabela 6 demonstra a frequência com que as diversas combinações entre estas solicitações apareceram dentre as respostas dos participantes.

Tabela 6 - Categorias sobre as solicitações dos profissionais, caso recebessem uma criança com diagnóstico de TEA.

Categorias	Pré-teste	Pós-teste	(p)	Pré-teste	Seguimento	(p)	Pós-teste	Seguimento	(p)
Apresentam as quatro solicitações	0	0	-	0	1(0,79)	0,5000	0	1(0,79)	0,5000
Solicitaria contato com a família, conhecer a criança e orientação com profissionais.	0	3 (2,38)	0,5000	0	3(2,38)	0,5000	3 (2,38)	3(2,38)	-
Solicitaria contato com a família, conhecer a criança e cursos.	1(0,79)	1(0,79)	-	1(0,79)	0	0,5000	1(0,79)	0	0,5000
Solicitaria contato com a família e orientação com profissionais.	12 (9,52)	16(12,70)	0,0123	12 (9,52)	7 (5,56)	0,3348	16(12,70)	7 (5,56)	0,1136
Solicitaria conhecer a criança e orientação com profissionais.	0	6 (4,76)	0,5000	0	4 (3,17)	0,5000	6 (4,76)	4 (3,17)	0,6716
Solicitaria orientação com profissionais e cursos.	15(11,90)	4 (3,17)	0,0222	15(11,90)	6 (4,76)	0,3679	4 (3,17)	6 (4,76)	0,6716
Conhecer a criança.	3 (2,38)	3 (2,38)	-	3 (2,38)	1(0,79)	0,5537	3 (2,38)	1(0,79)	0,5537
Solicitaria orientação de profissionais.	85(67,46)	89(70,63)	1,0000	85(67,46)	103(81,75)	0,7624	89(70,63)	103(81,75)	0,4516
Buscaria informações e cursos sobre o TEA.	6 (4,76)	4 (3,17)	0,9999	6 (4,76)	0	0,5000	4 (3,17)	0	0,5000
Não respondeu.	3 (2,38)	0	0,5000	3 (2,38)	1(0,79)	0,5537	0	1(0,79)	0,5000
Total	126 participantes								

Apenas um participante apresentou as quatro classes de solicitações (Contato com a família, conhecer a criança, orientação com profissionais e cursos) e esta ocorrência aconteceu apenas na avaliação de seguimento:

“Primeiro o histórico médico, familiar e de outras instituições onde a criança possa ter sido atendida, orientação destes profissionais. Conversa com a família e encaminhamento para atendimento especializado e depois ler, estudar, pesquisar diante da especificidade de cada criança com TEA” (P95 – Follow-up).

Em relação aos participantes que citaram as três classes de solicitações, obteve-se a seguinte combinação: “Solicitaria contato com a família, conheceria a criança e solicitaria orientação com profissionais”. Esta combinação não foi citada num primeiro momento, no entanto na avaliação pós-teste foi citada por três participantes (2,38%) e este número se manteve na avaliação de seguimento.

“Conversa com os pais para saber se a criança está tendo acompanhamento com multiprofissionais; conversa com a prof^a de Ed. Especial da escola para orientação de como trabalhar, se possível conversar na instituição que atende a criança” (P105 – Pós-teste);

“Um relatório multidisciplinar da equipe que realizou o diagnóstico da criança chamar os pais para uma conversa a fim de conhecer melhor a criança e requisitar profissionais que auxiliem o desenvolvimento diário do aluno (professor de ed. Especial)” (P125 – Follow-up);

.Outra combinação citada foi a de “solicitar contato com a família, conhecer a criança e fazer cursos”, citada por uma pessoa no pré-teste, permanecendo citada por uma participante no pós-teste e não foi citada na avaliação de seguimento:

“Solicitaria a família a buscar um acompanhamento com psicólogo (a) ou psicopedagoga (a) conjunto com o atendimento escolar padrão. Solicitaria a secretaria de educação o atendimento do professor (a) da educação especial. Buscaria um curso de capacitação de práticas pedagógicas em TEA” (P84 – Pré-teste);

“Cursos para ter conhecimento básico para poder trabalhar com a criança, participação dos pais e respaldo da escola e acompanhamento com especialista” (P51 – Pós-teste).

Outros participantes citaram duas classes de solicitações, formando a seguinte combinação: “Solicitaria contato com a família e orientação com profissionais” sendo citada por 12 participantes (9,52%) no pré-teste. Este número aumentou para 16 participantes

(12,70%) no pós-teste, configurando um aumento significativo ($p=0,0123$) e teve uma diminuição para sete participantes (5,56%) na avaliação de seguimento. Cita-se:

“Pediria ajuda da família e da professora da educação especial” (P64 – Pré-teste);
“Avaliação prévia da família e profissionais envolvidos” (P43 – Pós-teste);
“A ajuda de profissionais nessa área. Pediria ajuda aos pais Observação: Tenho uma aluna que com TEA (leve) que já recebe atendimento” (P62 – Follow-up).

Mais uma combinação de duas solicitações é a de “conhecer a criança e pedir orientação com profissionais”. Esta combinação não foi citada na avaliação inicial, mas foi citada por seis participantes (4,76%), na avaliação após a capacitação e por quatro participantes (3,17%) na avaliação de seguimento. Exemplifica-se:

“Pedir ajuda prof.^a especial, para observar essa criança” (P107 – Pós-teste);
“Informação sobre a criança o acompanhamento médico, observaria e solicitava em visita de um especialista para orientações sobre adaptação de material e conduta” (P1 – Follow-up).

Houve ainda participantes que citaram como solicitações a orientação de profissionais especializados e cursos sobre o TEA. Estas solicitações foram citadas por 15 participantes (11,90%) no teste inicial, por quatro participantes (3,17%) no pós-teste, consistindo em uma queda significativa ($p=0,0222$) e por seis participantes (4,76%) na avaliação de seguimento.

“Formação específica e orientações sobre como trabalhar com essa criança” (P23 – Pré-teste);
“O apoio de uma professora de educação especial e cuidadora. Também solicitaria cursos e aperfeiçoamentos” (P120 – Pós-teste);
“Acompanhamento do profissional adequado (professor da área especial) e orientação, material e curso para trabalhar com a criança” (P56 – Follow-up).

Outras respostas citaram apenas uma das classes de solicitações, tais como: A importância de conhecer a criança e suas características antes de fazer qualquer solicitação foi citada por três participantes (2,38%) na primeira avaliação, permanecendo citada por três participantes na segunda aplicação do questionário e diminuindo para um participante na avaliação de seguimento.

“Primeiramente temos que sentir a criança e sua necessidade específica para depois solicitar o profissional adequado” (P81 – Pré-teste);
“Eu iria conhecer a criança e observar suas necessidades e potencialidades” (P32 – Pós-teste);
“Observaria as dificuldades para traçar atividades, e como trabalhar e me comunicar com ela” (P101 – Follow-up).

A maioria dos participantes relatou que solicitariam orientação de profissionais que tenham conhecimento específico deste transtorno e que tenham contato com a criança. Correspondeu a 85 participantes (67,46%) na avaliação inicial, a 89 participantes (70,63%) na segunda avaliação e a 103 participantes (81,75%) na avaliação de seguimento. Como exemplo:

“Solicitaria uma professora de educação especial e uma cuidadora” (P3 – pré-teste);
“Solicitaria uma cuidadora e um profissional em educação especial” (P28 – pós-teste);
“Se necessário um cuidador e um professor de educação especial, para acompanhar e me auxiliar quanto às atividades a serem propostas com o aluno” (P100 – Avaliação de seguimento).

Apenas três participantes não responderam a esta questão na aplicação inicial do questionário, nenhuma na avaliação pós-teste e uma pessoa na avaliação de seguimento. Outra resposta dada pelos participantes foi a de que procurariam por mais cursos sobre o TEA e informações por meio de profissionais especializados a fim de se capacitar para o trabalho com o aluno. Correspondeu, então, a seis participantes (4,76%) no pré-teste e a quatro participantes (3,17%) no pós-teste. Não houve esta resposta na avaliação de seguimento. A seguir exemplos:

“Solicitaria capacitação para poder trabalhar com a criança” (P74 – pré-teste);
“Informações e cursos a fim de ter um trabalho produtivo” (P24 – pós-teste).

A questão cinco referiu-se à importância do diagnóstico precoce para a Educação Infantil. Foram criadas quatro categorias diferentes baseadas nas respostas dos participantes: 1-Ressalta que a importância do diagnóstico precoce é auxiliar no melhor desenvolvimento da criança e na orientação do trabalho pedagógico; 2- Destaca a importância do diagnóstico como acesso a tratamento e melhor prognóstico do transtorno; 3 - Acredita que ajuda na orientação do trabalho pedagógico realizado com a criança; 4 - Mais importante que o diagnóstico é a intervenção e adaptações às necessidades da criança. Na Tabela 7 estão descritas as frequências de cada categoria.

Tabela 7 - Categorias sobre a importância do diagnóstico do TEA para a educação infantil e análise estatística.

Categorias	Pré-teste	Pós-teste	(p)	Pré-teste	Seguimento	(p)	Pós-teste	Seguimento	(p)
Auxilia o desenvolvimento da criança e o trabalho pedagógico	6 (4,76)	18(14,29)	0,0001	6 (4,76)	22(17,46)	0,0328	18(14,29)	22(17,46)	0,9236
Auxilia no desenvolvimento da criança	60 (47,62)	66(52,38)	0,8067	60 (47,62)	65 (51,59)	0,0151	66(52,38)	65 (51,59)	1,0000
Auxilia na orientação do trabalho pedagógico	56 (44,44)	37(29,37)	0,0050	56 (44,44)	34(26,98)	0,0245	37(29,37)	34(26,98)	0,1884
Mais importantes são as intervenções e adaptações às necessidades da criança	0	5 (3,97)	0,5000	0	5 (3,97)	0,5000	5 (3,97)	5 (3,97)	-
Não Respondeu	4 (3,17)	0	0,5000	4 (3,17)	0	0,5000	0	0	-
Total	126 participantes								

Na primeira categoria os participantes ressaltaram que a importância do diagnóstico precoce está relacionada tanto com o melhor desenvolvimento da criança como na orientação do trabalho pedagógico. Ela foi citada por seis participantes (4,76%) no pré-teste, por 18 participantes (14,29%) no pós-teste, sendo considerado um aumento significativo ($P=0,0001$) se comparada a avaliação inicial. Foi citada por 22 participantes (17,46%) na avaliação de seguimento, representando um aumento estatisticamente significativo se comparado ao pré-teste ($p=0,0328$).

“Acredito que qualquer transtorno quando detectado precocemente, facilita o trabalho pedagógico e permite buscar meios de promover um melhor desenvolvimento para a criança” (P35 – Pré-teste);

“Nos auxilia quanto ao nosso trabalho com a criança, buscando sempre o maior desenvolvimento do mesmo dentro dos aspectos específicos de suas necessidades” (P8 – Pós-teste);

“Quanto mais cedo identificar o diagnóstico da criança maior a chance de estimulá-la e de encaminhá-la para o tratamento adequado, possibilitando uma melhor qualidade de vida da criança” (P41 – Avaliação de seguimento).

A maioria dos participantes destacou a importância do diagnóstico focando no melhor desenvolvimento do indivíduo. Correspondeu a 60 participantes (47,62%) na avaliação inicial, a 66 participantes (52,38%) na segunda avaliação e 65 participantes (51,59%) na avaliação de seguimento.

“É extremamente importante porque quanto mais cedo tiver o diagnóstico, mais cedo podem ser feitas intervenções para melhorar o desenvolvimento da criança” (P13 – pré-teste);
“Ajuda no desenvolvimento da criança como um todo dando um tratamento adequado desde cedo” (P2 – pós-teste);
“Para auxiliar no seu desenvolvimento o mais precoce possível.” (P27 – avaliação de seguimento).

Muitos participantes associaram a importância do diagnóstico precoce com a orientação do trabalho pedagógico. Sendo 56 participantes (44,44%) no pré-teste, tendo uma diminuição para 37 participantes (29,37%) no pós-teste, indicando uma queda estatisticamente significativa ($p=0,0050$) e 34 participantes (26,98%) na avaliação de seguimento, correspondendo também a uma queda significativa se comparada à primeira avaliação ($p=0,0245$). Como exemplo:

“É muito importante para sabermos como atuar, caso recebermos uma criança que tenha o TEA.” (P47 – pré-teste);
“Planejar com mais consciência atividades que atentam adequadamente essa criança, fazendo-a evoluir.” (P23 – pós-teste);
“A importância do diagnóstico é saber como atuar com aquela criança desde os sinais iniciais da educação infantil para obter um maior crescimento através das várias atividades realizadas pelo aluno na escola.” (P112 – avaliação de seguimento).

Quatro pessoas não responderam a esta questão na avaliação inicial, não voltando a ocorrer nas demais avaliações. Uma pequena parcela de participantes ressaltou que mais importante que o diagnóstico é a intervenção e adaptações às necessidades da criança. Correspondendo a cinco participantes (3,97%) no pós-teste e cinco na avaliação de seguimento.

“Conhecer as necessidades da criança, mudar o olhar, agir de acordo com as especificidades da criança fazendo um trabalho pedagógico voltado as suas características, necessidades e potencialidade” (P123 – pós-teste);
“A importância do diagnóstico será apenas para compreendermos comportamentos típicos dessa criança em sala de aula, porém o trabalho e a aplicação de todo o conteúdo permanecerá. O diagnóstico não justificaria deixar de aplicar qualquer atividade ou conteúdo” (P118 – avaliação de seguimento).

Conforme ressaltado no procedimento de coleta de dados, foram aplicados questionários de pré e pós-teste em cada encontro da capacitação. Na Tabela 8 estão descritos os dados das aplicações iniciais e finais do primeiro e segundo encontro.

Tabela 8 - Número de acertos em relação ao primeiro e segundo questionário aplicados no primeiro e segundo encontro do curso respectivamente.

		Pré-teste	Pós-teste	x²	(p)
Questionário 1	Questão 1	114	122	-	0.0768
	Questão 2	53	92	9.9586	0.0016
	Questão 3	61	108	12.5207	0.0004
Questionário 2	Questão 1	53	90	9.0629	0.0026
	Questão 2	62	110	12.8430	0.0003
	Questão 3	114	117	0.0173	0.8953
	Questão 4	16	34	5.7800	0.0162

O Questionário 1, referente ao primeiro encontro, continha três questões. A primeira questão referia-se às características típicas do TEA e em ambas as avaliações um número grande de participantes acertou. Na segunda questão que se referia ainda aos comportamentos típicos de crianças com TEA, o número de acerto antes do encontro foi de 53 e após o encontro aumentou para 92, expressando uma diferença significativa ($p=0,0016$). Algo semelhante ocorreu na terceira questão que correspondia à forma como o diagnóstico do TEA é feito, apresentando um aumento significativo ($p=0,0004$) entre as respostas iniciais e finais em cada encontro.

Nas respostas do Questionário 2, do segundo encontro, também se observou aumentos significativos no número de acertos entre o pré e o pós-teste para as questões 1, 2 e 4. A questão 1 referiu-se a definição de um instrumento de rastreamento, onde 53 participantes acertaram a questão no pré-teste e 90 no pós-teste. Na questão 2 que se relacionava a idade inicial onde é possível perceber sinais de TEA. Inicialmente 62 participantes acertaram e, após o encontro, 110 participantes acertaram. Na questão 4, correspondendo a função dos instrumentos de rastreamento de sinais de TEA apresentados no encontro, inicialmente 16 participantes acertaram e, posteriormente ao encontro, 34 profissionais acertaram. A questão 3 fez referência ao motivo de identificar precocemente os sinais de TEA, gerando um acerto inicial de 114 profissionais e 117 após o encontro. Desta forma a diferença no número de acertos não foi significativa.

O Questionário 3, de pré e pós-teste do terceiro encontro, contava com duas perguntas, com várias alternativas, onde os participantes podiam escolher mais de uma delas. Deveriam elencar quais das afirmativas (descritas na Tabela 9), eles consideravam BOM ou RUIM ao saber apenas o nome do transtorno que a criança possuía em um primeiro contato profissional. Esta questão tinha como objetivo explorar a questão do rótulo que o nome do diagnóstico gera em relação às expectativas e conceitos prévios em relação ao individuo portador do rótulo.

Tabela 9 - Descrição das frequências das respostas no terceiro encontro do curso de capacitação.

	BOM				RUIM			
	Pré-teste	%	Pós- teste	%	Pré-teste	%	Pós-teste	%
Ajuda a identifica-la como diferente das demais.	8	1.52	9	1.64	72	69.90	73	71.57
Auxilia no entendimento de especificidades do transtorno para conhecer as necessidades e potencialidades da criança.	110	20.91	111	20.22	1	0.97	4	3.92
Podemos dar um tratamento adequado ao seu transtorno.	78	14.83	79	14.39	3	2.91	5	4.90
Auxilia no planejamento de ações voltadas para o seu desenvolvimento.	117	22.24	109	19.85	4	3.88	2	1.96
Mais importante do que saber o transtorno é conhecer as potencialidades e necessidades da criança.	50	9.51	84	15.30	8	7.77	6	5.88
Auxilia no trabalho pedagógico com a criança	107	20.34	106	19.31	1	0.97	1	0.98
É fundamental porque orienta o futuro desta criança desde muito cedo.	56	10.65	51	9.29	14	13.59	11	10.78
TOTAL	526	100	549	100	103	100	102	100

Deste modo, no teste inicial as alternativas mais assinaladas pelos participantes para o que eles consideravam como BOM ao saber o nome do transtorno da criança foi o fato de: auxiliar no planejamento de ações voltadas para o seu desenvolvimento (22,24%); no entendimento de especificidades do transtorno para conhecer as necessidades e

potencialidades da criança (20,91% das respostas); no trabalho pedagógico com a criança (20,34%) e, poder oferecer um tratamento adequado à criança com o transtorno (14,83%). No pós-teste em relação às alternativas consideradas como BOM ao saber o nome do transtorno da criança, as mais assinaladas foram: o fato de auxiliar no entendimento de especificidades do transtorno para conhecer as necessidades e potencialidades da criança. (20,22%); o auxílio no planejamento de ações voltadas para o seu desenvolvimento (19,85%); auxílio no trabalho pedagógico com a criança (19,31%); o fato de ser mais importante conhecer as potencialidades e necessidades da criança do que saber o transtorno (15,30%) e, o oferecimento de um tratamento adequado ao seu transtorno (14,39%).

Em relação às afirmativas em que os participantes consideravam como RUIM ao saber apenas o nome do transtorno, a alternativa mais citada nos dois momentos de aplicação do questionário foi a de que saber apenas o nome do transtorno é RUIM, pois ajuda a identificá-la como diferente das demais, sendo assinalada por 69,90% no pré-teste e por 71,57% dos participantes no pós-teste. É relevante destacar que na questão dois deste questionário no pré-teste 59 participantes deixaram de responder esta questão e, no pós-teste, o número de profissionais que não assinalaram nenhuma alternativa foi de 57.

5. DISCUSSÃO

Os dados da primeira questão do questionário, os quais se relacionavam com a definição do Transtorno do Espectro Autista, indicaram um aumento significativo na resposta Correta, na qual os participantes citaram três ou mais aspectos da definição oficial, sendo citada por apenas 5,56% dos participantes aumentando para 19,05% imediatamente após a capacitação e para 20,63% na terceira avaliação. Do mesmo modo, a respostas Incorretas

diminuíram significativamente da avaliação inicial (26,19%) para a avaliação após o curso (6,35%), permanecendo significativamente menor que antes do curso na avaliação de seguimento (7,94%). Este dado demonstra que o programa foi eficaz no ensino dos aspectos importantes da definição do TEA. O conhecimento sobre estes aspectos pode contribuir para minimizar os estigmas e de conhecimentos baseados que em senso comum que colaboram para rotulações e dificultam o trabalho pedagógico com estes indivíduos. Conforme ressaltado por Brande e Zanfelicce (2012), os quais afirmaram que o conhecimento sobre as diferentes deficiências contribui um trabalho inclusivo e colaborativo entre os professores, assim como no planejamento de atividades que promovam o desenvolvimento pleno dos alunos.

A questão dois se tratava das características típicas do TEA. Dentre os resultados foi possível perceber aumentos significativos da Resposta Correta se comparada a primeira aplicação (11,11%) com a aplicação após a capacitação (80,16%) e com a avaliação de seguimento (78,57%). E uma diminuição de respostas Incorretas e parcialmente corretas nas duas avaliações após o curso. Podemos concluir, a partir destes dados, que o programa se mostrou eficaz no ensino de características típicas do TEA, e que este aprendizado se manteve após quatro meses da capacitação. Os resultados são semelhantes aos estudos de Carvalho e Tavares (2011), os quais implementaram um programa que foi eficaz no ensino das características do TEA.

Em referência as quais decisões os participantes tomariam caso entrassem em contato com um aluno com sinais de TEA, na questão três, percebeu-se que a maioria dos participantes na primeira avaliação (51,59%) decidiria por encaminhar diretamente a crianças a serviços especializados para professores de Educação Especial ou instituições de ensino especial. Na avaliação após o curso a maioria dos participantes (30,95%) relatou que decidiria por inicialmente contatar a família, observar a criança e, posteriormente, encaminharia a serviços especializados. Este tipo de resposta pode indicar uma preocupação maior com o

encaminhamento, sendo necessária uma investigação melhor sobre o histórico familiar e a observação mais apurada com comportamentos da criança. Outra diferença percebida entre estas duas avaliações, foram a citação do uso dos instrumentos de rastreamento para ajudar nas decisões a serem tomadas. Estes indícios corroboram com as afirmações dos autores Lampreia (2009), Ozonoff et al. (2010) e Paravidini (2002), que destacaram que todas as pessoas que tenham contato frequente com esta criança são agentes potenciais desta identificação de alterações importantes no desenvolvimento da criança ou, ainda, sinais do TEA. Entretanto, na avaliação de seguimento, novamente a maioria dos profissionais 37,30% indicaram a decisão de encaminhar para serviços especializados, ainda que em menor escala se comparada com a avaliação inicial. Este é um fator relevante, pois indica que muitos profissionais deixaram de considerar o cuidado inicial anterior ao encaminhamento como a observação do comportamento da criança e, também, o envolvimento familiar e dos gestores da escola nesta decisão. Brande e Zanflice (2012), comentaram que a inclusão trouxe desafios que os integrantes do ambiente escolar (diretores, coordenadores, professores, família) devem resolver juntos, no entanto, os autores apontam que os esforços mútuos de todos estes integrantes nem sempre acontecem.

A questão quatro foi referente às solicitações que os participantes fariam caso recebessem uma criança com diagnóstico de TEA em sua turma. A maioria dos participantes apontou como solicitação a orientação de profissionais especializados que tenham contato com a criança sendo 67,46% na avaliação inicial, 70,63% na segunda avaliação e 81,75% na avaliação de seguimento. Nestas respostas muitos participantes relataram requerer uma cuidadora para ficar com o aluno com TEA todo tempo em sala de aula e o fato de não se sentirem aptas para lidar com crianças com este transtorno, deste modo pediriam orientações aos profissionais que atendem a criança para saber como trabalhar com ela. Este fato é preocupante, pois os alunos estão inseridos nas salas regulares, mas estes professores não se

sentem preparados para desenvolver um trabalho efetivo com este público. Dentro desta perspectiva os autores Gomes e Mendes (2010), Misquiatti et al. (2014), Sampaio e Miura (2015) e Schmidt et al. (2016) apontaram que o desconhecimento dos profissionais de Educação prejudica o desenvolvimento do trabalho pedagógico com estes alunos. Também podemos considerar que o movimento de inclusão tem crescido muito nos últimos 20 anos e não cabe mais dizer que ainda não estão preparados para receber na escola regular esta população.

A questão cinco se referia à importância do diagnóstico precoce para a Educação Infantil, nas três avaliações a maioria dos participantes relacionou a importância do diagnóstico para auxiliar o melhor desenvolvimento do indivíduo. Dados estes que corroboram com os autores Lampreia (2009), Ozonoff et al. (2010), Paravidini (2002) e a cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) que explicitaram o fato de que a identificação precoce de sinais do TEA e o diagnóstico precoce promove o acesso mais rápido à estimulação, garantindo um prognóstico mais otimista para o desenvolvimento pleno deste indivíduo. Muitos participantes destacaram a importância do diagnóstico como fonte auxiliadora do trabalho pedagógico. Entretanto, é importante ressaltar que este auxílio não ocorre diretamente, à medida que apenas o diagnóstico não proporciona o conhecimento sobre o transtorno, nem sobre as necessidades e potencialidades específicas da criança. Uma hipótese para esta associação pode ser o acesso à orientação dos profissionais que atendem esta criança, desta forma estas orientações poderiam auxiliar no planejamento do trabalho pedagógico de modo colaborativo de todos os integrantes do ambiente escolar como salienta Brande e Zanflice (2012). Uma pequena parcela de participantes (3,97%) destacou que mais importante que o diagnóstico é a intervenção e adaptações às necessidades da criança, nas duas avaliações após a capacitação, o que demonstra que ainda em pequena escala, o encontro sobre a discussão sobre rótulos pode ter influenciado os participantes a refletirem que apenas

o diagnóstico não proporciona mudanças nem no trabalho pedagógico nem no desenvolvimento do indivíduo com TEA, mas sim a estimulação e às adaptações à realidade do indivíduo que trazem estas melhoras apontadas. Conforme ressalta os autores Lampreia (2009) e Paravidini (2002).

No primeiro e no segundo encontro foram solicitadas atividades para casa, que foram discutidas oralmente no encontro posterior. Na primeira atividade todos os profissionais identificaram de maneira eficaz as características do TEA nos casos clínicos apresentados. A reflexão posterior se referiu a um dos casos que apesar de conter características que podem ser associadas ao TEA, como a dificuldade de socialização, não apresentava todos os critérios para o transtorno, conforme apresentado pelo DSM V (APA, 2014). Os participantes foram eficazes na identificação desta diferença. Na atividade do segundo encontro os profissionais deveriam “treinar” a aplicação de um dos instrumentos apresentados. Todos os profissionais demonstraram ter utilizado o instrumento e algumas dúvidas sobre a aplicação surgiram, principalmente na escala CARS, como por exemplo: “Quando ficar em dúvida em duas alternativas da escala CARS, qual deveria escolher”. Apenas três professoras relataram ter aplicado em crianças e ter atingido critério para o encaminhamento. Nestes três casos as respostas foram revisadas durante o encontro. Em dois casos a criança já estava sendo atendida pela APAE, com suspeita de TEA e a outra estava sendo atendida pela professora de Educação Especial que faria o encaminhamento para a instituição.

Para analisar a eficácia de cada encontro foram aplicados pré-teste e pós-teste, a fim de verificar se houve mudanças nos conhecimentos prévios dos participantes. No primeiro encontro, as mudanças significativas nas respostas da questão dois e três, refletem a eficácia do encontro em ensinar as características típicas do transtorno. Este fato se reflete na avaliação geral do curso, que demonstrou o aprendizado em relação às características do TEA e manutenção deste após quatro meses da capacitação.

No segundo encontro os aumentos significativos no número de acertos, se deram entre o pré-teste e o pós-teste das questões 1, 2 e 4, as quais se relacionavam com os conhecimentos acerca dos instrumentos de rastreamento. Novamente, fica expresso o conhecimento aquém dos profissionais de educação infantil, em relação aos instrumentos que facilitam a identificação de alterações importantes no desenvolvimento infantil. Conforme salientado por Lampreia (2009) é preciso que mais profissionais conheçam e saibam utilizar corretamente instrumentos de rastreamento de sinais do TEA, para que possam agir como agentes potenciais de identificação precoce de sinais do TEA.

Em relação à questão do diagnóstico como um rótulo percebido pelos participantes por meio do questionário aplicado antes e depois do terceiro encontro da capacitação percebeu-se que, inicialmente, a proposta do questionário não foi compreendida pelos participantes, indicando uma limitação do instrumento. A maioria dos participantes indicou que “saber o nome do transtorno era bom para”: auxiliar no planejamento de ações voltadas para o seu desenvolvimento (22,24%); assim como no entendimento de especificidades do transtorno para conhecer as necessidades e potencialidades da criança (20,91% das respostas); no trabalho pedagógico com a criança (20,34%) e, poder oferecer um tratamento adequado à criança com o transtorno (14,83%). Podemos entender estas escolhas à medida que saber o nome do transtorno pode facilitar o acesso a pesquisas e a prática pedagógica baseada em evidências, que deste modo orientaria o trabalho pedagógico e funcionaria como apoio para o desenvolvimento do indivíduo, conforme apontado por Misquiatti et al. (2014) e Sampaio e Miura (2015). Em relação aos que os profissionais julgaram ser Ruim ao saber o nome do transtorno: ajuda a identifica-la como diferente das demais, o estigma e o rótulo estão explícitos nesta afirmação, o que pode explicar os 70% que escolheram esta alternativa, tanto antes como após o encontro. É preocupante, no entanto, que 46% dos participantes deixaram

de responder esta questão e, no pós-teste 45%, desta forma quase metade dos participantes não identificaram nenhum das alternativas como rotulação do indivíduo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo visou-se elaborar, implementar um programa de capacitação para a identificação precoce de sinais de TEA, assim como comparar o desempenho de profissionais da Educação Infantil, em três momentos de avaliação (antes da capacitação, imediatamente após e quatro meses depois), a fim de verificar a eficiência deste programa. Os objetivos de um modo geral foram atingidos à medida que a elaboração e implementação do curso ocorreu da forma esperada e os dados demonstraram que o curso foi eficaz no ensino das principais características do transtorno, do conceito de TEA e das estratégias de identificação precoce de sinais do transtorno.

Os dados destacaram, ainda, o despreparo dos profissionais em relação às estratégias utilizadas após a identificação de sinais, o encaminhamento direto, sem a procura dos pais e dos gestores o que a literatura aponta como ineficaz na medida em que não envolvem todos os agentes potenciais promotores do desenvolvimento destes indivíduos, os quais deveriam estar engajados neste momento. Tais dados apontam para o papel do professor especialista enquanto auxílio aos professores da classe regular para a identificação da criança com TEA e providências para o encaminhamento da mesma para serviços especializados.

O diagnóstico como um rótulo também foi percebido nas respostas dos participantes, à medida que houve a crença de que apenas sabendo o nome do transtorno que a criança possui, promoveria o desenvolvimento desta ou ainda auxiliaria no trabalho pedagógico com ela. O diagnóstico pode auxiliar desta maneira caso seja entendido como uma fonte de pesquisa, na

qual, a prática baseada em evidências poderia auxiliar no trabalho pedagógico com um indivíduo com alguma deficiência e a observação desta criança com base nas características do transtorno, poderia facilitar a identificação de suas dificuldades e potencialidades, e assim estas seriam estimuladas no ambiente escolar, promovendo o desenvolvimento do indivíduo.

Um ponto forte deste estudo foi a grande adesão das escolas de Educação Infantil em tempo integral (EMEII) do sistema municipal de Educação, uma vez que, das 23 escolas, 22 delas aderiram a este projeto. Com uma estimativa inicial de 60 participantes o curso foi finalizado com 126 deles. Provavelmente este número se deve ao fato de que o curso foi ministrado na própria escola em horário definido pela direção de cada uma delas, em horário favorável à maioria dos participantes.

O que foi um ponto forte também pode resultar em limitação deste estudo. Uma limitação do estudo foi a aplicação do curso em horário de ATPC separadamente em cada uma das 22 escolas. O tempo dispensado para atender todas as escolas prejudicou o andamento do curso, à medida que a distância de um encontro e outro foram em média de 15 dias. Um complicador foi o fato de que, no período de aplicação, houve greve dos profissionais de Educação Infantil no município, resultando em alguns encontros do curso cancelados, deixando os encontros em algumas escolas ainda mais distantes um do outro. O horário de ATPC é muito restrito (duas horas). E, delas, apenas uma foi liberada para os encontros do curso. Além da restrição no tempo do encontro, houve restrição ao número de encontros aprovados pela Secretaria de Educação (máximo três para este curso). A proposta inicial do curso previa cinco encontros e a diminuição dos mesmos prejudicou o conteúdo, assim como as discussões que possivelmente enriqueceriam o curso e proporcionariam um maior entendimento do tema. Outra situação estrutural, que limitou o acesso dos participantes ao curso, foi o constante remanejamento dos profissionais entre as escolas do município ao

longo do ano, o que fez com que muitos participantes (44 participantes) deixassem de estarem presentes em todos os encontros do curso.

Como sugestão para futuras pesquisas seria a capacitação sobre práticas pedagógicas e intervenções no âmbito escolar para profissionais da Educação Infantil, à medida que muitos relataram não se sentirem preparados para receber tais crianças, mesmo os que já têm alunos com TEA.

CONCLUSÕES GERAIS

Este trabalho teve dois objetivos específicos, inicialmente investigar o conhecimento de profissionais de Educação Infantil sobre o TEA, assim como o contato com este transtorno ao longo da carreira na Educação, as decisões e solicitações ao trabalhar com uma criança com sinais de TEA, e a opinião destes sobre a importância do diagnóstico precoce para a Educação Infantil. O outro objetivo específico foi o de elaborar, implementar e avaliar um programa de capacitação de profissionais da educação infantil para a identificação precoce sinais de TEA, comparando o desempenho dos profissionais em três momentos: antes da capacitação, imediatamente após e quatro meses depois (seguimento). De um modo geral todos os objetivos foram atingidos.

Em relação ao conhecimento dos profissionais destaca-se o desconhecimento sobre o conceito e as principais características do TEA, apesar de contatos prévios com indivíduos com o transtorno, conforme ressaltado na discussão do Estudo 1. Para além desta discussão é necessário destacar que este despreparo dos profissionais da Educação Infantil, demonstrado nos resultados deste, pode influenciar na inclusão dos indivíduos com TEA nesta fase do desenvolvimento. Tal resultado vai de encontro com as afirmativas de Caramori (2014) e

Pletsch (2009), que destacaram que a formação dos agentes educacionais está defasada e inadequada prejudicando o suprimento das necessidades de uma educação inclusiva.

O programa de capacitação oferecido neste trabalho foi eficaz no ensino das principais características e em relação ao conceito do TEA, conforme demonstrado na discussão do Estudo 2. E, este conhecimento se manteve quatro meses após o curso, demonstrando generalização dos conhecimentos ao longo do tempo. Este fato é relevante, pois para que o conhecimento favoreça a identificação precoce, como era inicialmente o pressuposto deste trabalho, respaldado pelos autores Garcia e Lampreia (2011), Lampreia (2009), Misquiatti et al. (2014); Ozonoff et al. (2010) e Sampaio e Miura (2015). Espera-se que este conhecimento permaneça e, principalmente, seja aprimorado o passar do tempo para que, quando estes profissionais entrarem em contato com um indivíduo com sinais do TEA, saibam identificá-los, utilizando instrumentos eficientes para respaldar esta suspeita.

Referente aos instrumentos de rastreamento os profissionais passaram a conhecer e compreender a função destes, conforme ressaltado nos resultados do Estudo 2. Este dado é relevante à medida que os profissionais podem perceber precocemente alterações importantes no desenvolvimento da criança e entrar em contato com a família, pedindo para que os responsáveis também respondam aos instrumentos corroborando ou não suas suspeitas. Depois, em contato com a gestão escolar, encaminhar a criança e sua família para o serviço de Educação Especial, para que estes profissionais possam avaliar e encaminhar esta criança para que o diagnóstico seja feito nas instituições especializadas ou por um médico neurologista, resultando, posteriormente, em orientações específicas ao professor da classe regular para um trabalho conjunto, promotor do desenvolvimento da criança. Desta maneira, o indivíduo com TEA pode ter um acesso mais rápido à estimulação (REICHOW, 2012; SIKLOS; KERNS, 2007; ZANON; BACKES; BOSA, 2014).

REFERÊNCIAS

- AIELLO, A.L.R. Identificação precoce de sinais de autismo. In: GUILHARDI, H.J. et al. *Sobre comportamento e cognição: contribuições para construção da Teoria do Comportamento*. Santo André: ESETec Editores Associados, p. 13-29, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR*. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5a Edição*. Editora Artmed, 2014.
- ARASAAC. *Aragonese Portal of Augmentative and Alternative Comunicacion*. Governo de Aragão. 2016. Disponível em: <<http://www.catedu.es/arasaac/>> Acesso em: 01 Agosto 2016.
- ARAWORD. Software livre. Versão 1.0. 2011. Desenvolvido pela Universidade de Zaragoza. Disponível em: <http://arasaac.org/software.php?id_software=2%3E>. Acesso em: 01 Agosto 2016.
- ASSUMPCÃO, JR., F. B.; KUCZYNSKI, E.; REGO, M.G.S.; ROCCA, C.C.A. Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): validade e confiabilidade de uma escala para a detecção de condutas autísticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 57, n. 1, p. 23-29, 1999.
- BALLABRIGA, M. C. J.; ESCUDÉ, R. M. C.; LLABERIA, E. D. Escala d'avaluació dels trests autistes (A.T.A): validez y fiabilidad de una escala para el examen de las conductas autistas. *Revista Psiquiatria Infanto-Juvenil*, v. 4, p. 254-263, 1994.
- BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, v.161, n. 6, p. 839-843, 1992.
- BENITEZ, P.; DOMENICONI, C. Capacitação de agentes educacionais: proposta de desenvolvimento de estratégias inclusivas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.20, n.03, p. 371-386, 2014.
- BRANDE, C. A.; ZANFELICE, C. C. A inclusão escolar de um aluno com autismo: diferentes tempos de escuta, intervenção e aprendizagens. *Revista da Educação Especial*, Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 43-56, jan./abr. 2012.
- BRASIL. Resolução CNE/CP 01, de 15 maio 2006. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, Licenciatura. 2006b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf>. Acesso em: 20 novembro 2016.
- BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. 2011. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm>. Acesso em: 08 de maio de 2017.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei nº 13.415), aprovada em 16 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13415.htm#art1> Acesso em 24 de maio de 2017.

BRASIL. MEC/SEESP. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação, 2008.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). *Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília – DF, 2014.* Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf> Acesso em 08 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério de Educação. Rede Nacional de Formação Continuada de Professores, 2004. Disponível em: <http://mecsrv125.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=231&Itemid=458> Acesso em 22 de abril de 2016.

BRASIL. Presidência da República. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm> Acesso em 08 de maio de 2017.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei n.o 9394/96). 20 de dezembro de 1996.

BRITO, M. C. Propostas de intervenção em ambiente escolar e transtornos do espectro do autismo: contribuições da fonoaudiologia. In: BRITO, M.C.; MISQUIATTI, A.R.N. (Org). *Transtornos do espectro do autismo e fonoaudiologia: atualização multiprofissional em saúde e educação*. 1ed. Curitiba: editora CRV; p. 23-33, 2013.

CARAMORI, P. M. Estratégias pedagógicas e inclusão escolar: um estudo sobre a formação continuada em serviço de professores a partir do trabalho colaborativo. 2014. 299 p. *Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara)*, 2014.

CARVALHO, F. A. et al. Rastreamento de sinais precoces de transtorno do espectro do autismo em crianças de creches de um município de São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo-SP, v.15, n.2, p. 144-154, maio-ago. 2013.

CARVALHO, M. F.; TAVARES, D. B. A capacitação profissional como instrumento facilitador no processo de inclusão dos indivíduos autistas na rede pública de ensino e na sociedade. *X Congresso Nacional de Educação-EDUCERE*, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). US Departamento of Health and Human Services, 2016. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>> Acesso em 13 de junho de 2016.

CHRISTENSEN D.L et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, *Surveillance Summaries*, v. 65, n. 3, p. 1–23, 2016.

COUTINHO, J. V. S. C.; BOSSO, R. M. V. Autismo e Genética: uma revisão de literatura. *Revista científica, do ITPAC, Araguaína*, v. 8, n. 1, 2015.

CURY, C. R. J. A formação do educador e a LDB. *Revista de Educação do Cogeime*, v. 7, n. 12, p. 31-38, 2016.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA: *Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*, Salamanca, Espanha, 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf> > Acesso em: 01 Agosto 2016.

DIETZ, C. et al. Screening for autistic spectrum disorder in children aged 14-15 months. II: Population screening with the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). Design and general findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.36, n.6, p. 713-722, 2006

FELICIO, V. *O autismo e o professor: um saber que pode ajudar*. Trabalho de conclusão de Curso de Pedagogia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Ciências: Bauru -SP, 2007.

FIORINI, B. S. O aluno com transtornos do espectro do autismo na Educação Infantil: caracterização da rotina escolar. 2017, 147 p. *Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista (Unesp), campus de Marília, Faculdade de Filosofia e Ciências*, 2017.

FRANÇOISE, D. D. S. Autismo e Psicologia Clínica de abordagem dinâmica numa sala teacch: reflexões em partilha numa prática. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 7, n. 1-2, p. 207-217, 2005.

GARCIA, M. L.; LAMPREIA, C.. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica - Porto Alegre*, v. 24, n. 2, p. 300-308, 2011.

GATTI, B. A.. Formação continuada de professores: a questão psicossocial. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, n. 119, p. 191-204, 2003.

GIARDINETTO, A. R. S. B.; LOURENÇO, A. C.; CAPELLINI, V. L. M. F. O professor da Educação Especial e o processo de ensino-aprendizagem de alunos com autismo. *Revista Educação Especial, Santa Maria*, v. 26, n. 46, p. 385-400, jun. 2013.

GOMES, C. G. S.; MENDES, E. G. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 16, n. 3, p. 375-396, 2010.

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

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria: São Paulo*, v. 28, supl. 1, p. 3-11, Maio, 2006.

LAMPREIA, C. Algumas considerações sobre a identificação precoce do autismo. In____: E. G. MENDES; M. A. ALMEIDA; M. C. P. I. HAYASHI (Eds.), *Temas em Educação Especial: Conhecimentos para fundamentar a prática*, Araraquara, SP: Junqueira & Marin, p: 397-421, 2008.

_____. *Autismo: manual ESAT e vídeo para rastreamento precoce*. Rio de Janeiro: Ed. PUC- Rio, 2013.

_____. Perspectiva da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 29, n. 1, p. 160-17, 2009.

LOSAPIO, M. F.; PONDE, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria: RS*, v.30, n. 3, p. 221-229, 2008.

MISQUIATTI, A. R. N. et al. Comunicação e transtornos do espectro do autismo: análise do conhecimento de professores em fases pré e pós-intervenção. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.16, n.2, p. 479-486, 2014.

MIZAEL, T. M.; AIELLO, A. L. R. Revisão de estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem em indivíduos com autismo e outras dificuldades de fala. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 19, n. 4, p. 623-636, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10. 10a. ed. *São Paulo: Edusp*, 1998.

OZONOFF, S. et al. A Prospective Study of the Emergence of Early Behavioral Signs of Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49.3, p. 256–266, 2010.

PARAVIDINI, J. L. L. A identificação e o diagnóstico precoce de sinais de risco de autismo infantil. [Tese]. *Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP*, 2002.

PAULA, C.S. et al. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, New York, v. 41, n. 12, p.1738-1742, 2011.

PEREIRA, A. et al. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *Jornal de Pediatria - Vol. 84, Nº 6*, 2008.

PLETSCH, M. D. A formação de professores para a educação inclusiva: legislação, diretrizes políticas e resultados de pesquisas. *Educar*, Editora UFPR: Curitiba, n. 33, p. 143-156, 2009.

REICHOW, B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 42, n. 4, p. 512-520, 2012.

RIGOLETTI, V. C. et al. Elaboração de um recurso de comunicação alternativa para contação de histórias a crianças não-oralizadas na educação infantil. *Anais do I Congresso Internacional de Educação Especial e Inclusiva e 13ª Jornada de Educação Especial*, 18 a 20 de maio de 2016. ISSN 21774013.

ROBINS, D. L. et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v.31, n. 2, p. 131-144, 2001.

SAMPAIO, M.; MIURA, R. K. Concepções de professores sobre pessoas com espectro do autismo. *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*, v. 2, n.02, p. 145-160, 2015.

SANTOS, M. A.; SANTOS, M. D. Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n.02, 364-372, 2012.

SCHLICKMANN, E. ; FORTUNATO, J. J. O uso de ácido valproico para a indução de modelos animais de autismo: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Tubarão-SC, v. 62, n. 2, p. 153-159, 2013.

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

SIKLOS, S.; KERNS, K. Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, v. 28, p. 9-22, 2007.

SILVA, M.; MULICK, J.A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 29, n. 1, p. 116-13, 2009.

SIMPSON, R. Evidence-Based Practices and Students With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities Fall* v. 20, n. 3, p. 140-9, 2005.

SOUZA BRIDI, F. R. Formação continuada em educação especial: o atendimento educacional especializado. *Poiésis - Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, [S.l.], v. 4, n. 7, p. 187-199, jun. 2011.

SWINKELS, S. et al. Screening for autistic spectrum in children aged 14-15 months. I: The Development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 36, n. 6, p.723-732, 2006.

TAMANAH, A.C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B.M.A. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger, *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo v. 13, n. 3, p. 296-309, 2008.

UNESCO. *Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem*. Jomtien, 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10230.html> Acesso em 08 de novembro de 2016.

WETHERBY, A. M.; WOODS, J.; ALLEN, L.; CLEARY, J.; DICKINSON, H.; LORD, C. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 34, n. 5, p. 473-493, 2004.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.

ANEXOS

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o (a) Sr.(a) _____, portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente da coleta de dados e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma que sua participação é com CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO com relação à pesquisa: “CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO INFANTIL: IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA”.

Cujo objetivo da pesquisa é o de descrever os conhecimentos dos profissionais da educação infantil (professores e cuidadores), sobre as características de crianças com TEA e instrumentalizar estes profissionais a respeito deste tema, a fim de oportunizar o encaminhamento de crianças com possíveis sinais de risco autista o mais precocemente a profissionais da saúde possibilitando um diagnóstico precoce e, deste modo, obter um prognóstico melhor para o desenvolvimento pleno destas crianças.

O (a) participante está ciente da editoração e demonstração dos registros com fins de publicação científica. Está ciente ainda do sigilo dos dados, a ética no que se refere a qualquer informação que permita a identificação do mesmo, que não terá nenhum ônus referente à participação na mesma e também de que sua participação é voluntária e assim poderá desistir, a qualquer momento, sem explicar os motivos.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável da Pesquisa

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Telefone: 31036090 **email:** olgarolim@fc.unesp.br

Pesquisadora Responsável: Carine Ramos de Oliveira **email:** carine_kahh@hotmail.com

ANEXO II: QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO INFANTIL
Adaptado FELICIO (2007)

Prezado Educador,

Este questionário tem por objetivo principal constatar o seu conhecimento a cerca do tema “Transtorno do Espectro autista”. As perguntas podem ser respondidas de forma objetiva e o sigilo estará garantido pelo fato de que somente a pesquisadora terá acesso às respostas. Assim, agradeço desde já sua participação.

Data da aplicação ____/____/____

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade: **Gênero:**

Profissão: **Nível de escolaridade:**

Formação:

QUESTÕES

- 1) Defina o Transtorno do Espectro Autista.
- 2) Quais características e comportamentos você confere a uma criança autista?
- 3) Você já teve algum contato com crianças autistas por meio de mídias como a TV, filmes, documentários? Em caso positivo, descreva como era o comportamento desta criança.
- 4) Você conheceu ou já conviveu com uma criança que possui diagnóstico de espectro autista? Em caso positivo, descreva qual era o vínculo e como foi essa experiência.
- 5) Na sua experiência profissional você já teve contato com uma criança com TEA? Como foi esta relação?
- 6) Você tem algum conhecimento teórico sobre como trabalhar com crianças autistas em sua turma?
- 7) Se uma criança da sua sala apresentasse características que você julga de TEA, que decisões tomaria?
- 8) Caso recebesse uma criança com diagnóstico de TEA em sua turma, o que você solicitaria?
- 9) Em sua opinião, qual a importância do diagnóstico de transtorno do espectro autista para a educação infantil?
- 10) Assinale, entre os materiais citados abaixo, quais você conhece informando onde tomou contato com ele:

Instrumentos	Como ou onde teve acesso
ESAT (<i>Early Screening for Autistic Traits</i>)	
DAI (<i>Disorders Autistic Investigations</i>)	
M-CHAT (<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>)	
CARS (<i>Childhood Autism Rating Scale</i>)	
Inventário para identificação rápida de sinais de autismo	
Outro (citar)	

ANEXO III: QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO INFANTIL – Versão Reduzida
Adaptado FELICIO (2007)

Prezado Educador,

Este questionário tem por objetivo principal constatar o seu conhecimento a cerca do tema “Transtorno do Espectro autista”. As perguntas podem ser respondidas de forma objetiva e o sigilo estará garantido pelo fato de que somente a pesquisadora terá acesso às respostas. Assim, agradeço desde já sua participação.

Data da aplicação ____/____/____

DADOS PESSOAIS:

Nome:

Idade: **Gênero:**

Profissão:

Nível de escolaridade:

Formação:

QUESTÕES

1) Defina o Transtorno do Espectro Autista.

2) Quais características e comportamentos você confere a uma criança autista?

3) Se uma criança da sua sala apresentasse características que você julga de TEA, que decisões tomaria?

4) Caso recebesse uma criança com diagnóstico de TEA em sua turma, o que você solicitaria?

5) Em sua opinião, qual a importância do diagnóstico de transtorno do espectro autista para a educação infantil?

APÊNDICES

APÊNDICE I: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS 1º ENCONTRO

Nome: _____
Escola: _____ Cargo: _____ Série que leciona _____
Data ____/____/____

AVALIAÇÃO 1º ENCONTRO

Assinale apenas uma alternativa.

1) Quais das características abaixo são típicas do transtorno do espectro autista?

- Isolamento social; personalidade dócil e silenciosa.
- Desenvolvimento motor lento; timidez.
- Dificuldade na interação social e em comunicação; comportamentos restritos e repetitivos.
- Pouco ou nenhum contato visual; problemas com leitura, escrita, ortografia.

2) Quais destes comportamentos são típicos de crianças com autismo?

- Dificuldades na vinculação social; manipulação sem criatividade dos objetos; preocupação com as partes de objetos; adesão a rotinas rígidas; balanço de tronco ou mãos.
- Se relacionam muito pouco com seus pares; inibição; permanece muito tempo sozinho; apresenta medo nas situações sociais e temor à avaliação negativa.
- Evitam contato social, baixa estima; déficit de atenção; muito ativo e impulsivo; deficiência intelectual.
- Irritabilidade; comportamento auto lesivo; dificuldades de aprendizagem; ecolalia; disfunção na imagem corporal.

3) Como é feito o diagnóstico do transtorno do espectro autista?

- Feito por psicólogos a partir de testes psicológicos e neurológicos, auxiliados pelo relato da história de vida fornecido pelos pais.
- Feito apenas por médicos a partir de observação clínica associada ao relato da história de vida, oferecida pelos pais ou responsáveis, auxiliados por profissionais que tem contato diário com a criança (cuidadores e professores).
- Feito por qualquer profissional de saúde (terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos), a partir de um teste de identificação de sinais de autismo, disponível na cartilha de autismo fornecido pelo Ministério da Saúde do governo federal.
- Feito apenas por médicos a partir de exames neurológicos e genéticos, que visam identificar um desenvolvimento atípico.

APÊNDICE II: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS 2º ENCONTRO

Nome: _____
Escola: _____ **Cargo:** _____ **Série que leciona** _____
Data ____/____/____

AVALIAÇÃO 2º ENCONTRO

1) O que é um instrumento de rastreamento de sinais de risco de autismo?

- São instrumentos utilizados para diagnosticar algum transtorno mental no desenvolvimento da criança.
- São instrumentos utilizados para fechar um diagnóstico de transtorno do espectro autista.
- São instrumentos de avaliação do desenvolvimento, que identifica se a criança tem ou não tem autismo.
- São instrumentos que sinalizam alterações importantes no desenvolvimento da criança, dentro de uma faixa etária delimitada.

2) A partir de qual idade é possível começar a perceber sinais de risco para autismo?

- de 12 meses a 18 meses
- de 18 meses a 36 meses
- aos 3 anos
- aos 5 anos

3) Porque identificar precocemente os sinais de risco de autismo?

- Auxilia no entendimento do porque aquela criança age de maneira diferente das demais.
- Possibilita o acesso a um tratamento adequado expondo a criança a contingências ambientais adequadas, garantindo resultados promissores.
- Necessário para verificar quantas crianças com autismo existem em nossa região.
- Pois, por meio do diagnóstico é possível saber tudo sobre a criança

4) Assinale a afirmativa verdadeira.

- A escala CARS é utilizada para identificar traços genéticos de autismo.
- O instrumento ESAT pode ser utilizado para identificar alterações no desenvolvimento e indicar sinais de risco para autismo.
- A Escala M-CHAT é uma escala de rastreamento que identifica sinais de alteração na fala das crianças com autismo.
- Os instrumentos CARS, M-CHAT e ESAT podem ser utilizados de forma exclusiva para diagnosticar precocemente o Transtorno do Espectro Autista.

APÊNDICE III: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS 3º ENCONTRO

Nome: _____
Escola: _____
Cargo: _____ Série que leciona _____
Data ____/____/____

AVALIAÇÃO 3º ENCONTRO

SABER O TRANSTORNO QUE A CRIANÇA TEM É BOM PORQUE:

- Ajuda a identifica-la como diferente das demais.
- Auxilia no entendimento de especificidades do transtorno para conhecer as necessidades e potencialidades da criança.
- Podemos dar um tratamento adequado ao seu transtorno.
- Auxilia no planejamento de ações voltadas para o seu desenvolvimento.
- Mais importante do que saber o transtorno é conhecer as potencialidades e necessidades da criança.
- Auxilia no trabalho pedagógico com a criança
- É fundamental porque orienta o futuro desta criança desde muito cedo.

SABER O TRANSTORNO QUE A CRIANÇA TEM É RUIM PORQUE:

- Ajuda a identifica-la como diferente das demais.
- Auxilia no entendimento de especificidades do transtorno para conhecer as necessidades e potencialidades da criança.
- Podemos dar um tratamento adequado ao seu transtorno.
- Auxilia no planejamento de ações voltadas para o seu desenvolvimento.
- Mais importante do que saber o transtorno é conhecer as potencialidades e necessidades da criança.
- Auxilia no trabalho pedagógico com a criança
- É fundamental porque orienta o futuro desta criança desde muito cedo.