



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira

**Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com Transtorno do Espectro Autista.**

Rio de Janeiro

2016

Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira

**Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com Transtorno do Espectro Autista.**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Catia Crivelenti de Figueiredo Walter

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

L768 Lira, Aureanne Villacorta de Araujo Pierre.  
Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com Transtorno do Espectro Autista / Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira – 2016.  
154 f.

Orientadora: Catia Crivelenti de Figueiredo Walter.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Faculdade de Educação.

1. Educação – Teses. 2. Autismo – Teses. 3. Comunicação – Teses. I. Walter, Catia Crivelenti de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

es

CDU 37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira

**Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com Transtorno do Espectro Autista**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de agosto de 2016.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Catia Crivelenti de Figueiredo Walter (Orientadora)  
ProPEd - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes  
ProPEd - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Irene Alves de Oliveira  
UEPA

Rio de Janeiro

2016

## DEDICATÓRIA

Ao meu pai Luiz, que se encantava e admirava a superação daqueles que escolhi para servir com minha profissão.

## AGRADECIMENTOS

**Meu Senhor e meu Deus**, creio firmemente que sempre estiveste ao meu lado, que me viste, que me ouviste, que me guiaste na minha ignorância, que escolheste o melhor caminho para eu investigar, que me encheste de curiosidade, me apontaste os encantos e aliviaste meus medos... Além disso, trataste de me cercar de um batalhão de anjos, que imbuídos de Tua inspiração, participaram da construção desde trabalho. Por isso hoje preciso agradecer...

**Pelos meus pais Luiz** (*in memoriam*) **e Angelina**, que sempre me incentivaram a estudar e que foram exemplo de dedicação, persistência, respeito ao próximo e ética, sem falar nas vezes que se anularam para "pescar meus sonhos";

**Pelos meus irmãos Adriano e Lili**, que vibram a cada conquista que me permites alcançar;

**Pela tia Fafá, tia Aliete e todos os familiares** que torcem por mim e curtem meu trabalho, e de alguma forma me ajudam, inclusive em orações;

**Pelo meu marido Pierre**, que cobra, me instiga, que pergunta, que me exige e me enche de dúvidas com o que planejo escrever, fazendo-me pensar para lhe responder, e depois de tudo, consegue se entusiasmar com os resultados e enxuga até a última gota do meu suor para que eu consiga realizar.... Meus Deus, esse me mandaste por encomenda;

**Pelos meus filhos Miguel, Luiza, Rafael e bebê** (*in utero*), que encheram meus dias de risadas e orações de crianças para que eu logo vencesse esse desafio.... pela felicidade que tive ao gerar dois filhos neste mestrado, me enchendo ainda mais de força para cumprir as etapas;

**Pela minha sogra Izaura**, que me ajudou, que me respeitou e cuidou de mim, como se eu fosse sua filha, para que eu conseguisse escrever;

**Pelas profas. dras. Leila Nunes e Cátia Walter**, que acreditaram em mim e no meu compromisso, pelo incentivo, pelas aulas, pelas orientações;

**Por todos os participantes desta pesquisa**, pela disponibilidade e interesse em participar, e por tudo o que me ensinaram com suas vidas, enchendo-me de emoção por suas abnegações, dúvidas, redescobertas e amor;

**Por Márcia Mirian Netto e Amélia Granette**, pelo altruísmo, pelas dicas, por toda a ajuda, que foram muitas!

**Por Moacira Veranio e Sônia**, pela delicadeza, respeito, por tonarem possível cada passo;

**Pelas amigas Rachel Escocard, Talita Marinho, Priscila Ker Nunes, Nívea Souza, Érika Lopes, Patrícia Blasquez e Lilian Dias**, por ter estimulado grandes ideias ou ter me dado o mapa do caminho das pedras, ou mesmo ter carregado ou retirado algumas pedras desse caminho;

**Pelos presentes Odila Mansur, Danielle Castelões, Thatyana Machado, e Lívia Vitorino**, pelas orientações paralelas, pela força construída, pela amizade sincera, pelas angústias superadas, pelos conselhos e pelas alegrias proporcionadas;

**Pela minha amiga Alessandra Fernandes**, que captou, mesmo longe, quando eu precisava de ideias.. estou certa do quanto ela recorreu a Ti, intercedendo por mim;

**Por toda a equipe de pesquisa como Cláudia Togashi, inclusive bolsistas**, que de alguma forma facilitaram nos bastidores.

Obrigada por cada instrumento enviado por Ti, que com o melhor espírito de serviço, ajudou a construir este trabalho.

Ensina-me de várias maneiras, pois sou capaz de aprender.

*Cíntia Leão Silva*

## RESUMO

LIRA, A. V. de A. P. *Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com Transtorno do Espectro Autista*. 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-graduação em Educação - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A inclusão social de jovens com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um assunto pouco debatido em pesquisas, mas de grande importância para que tanto esses indivíduos, quanto sua família e os profissionais que estão envolvidos em suas atividades, possam encontrar portas de acesso para ajudá-los a continuar crescendo em habilidades, agora, mais do que nunca, voltadas ao que é primordial para a sua vida na sociedade, conforme apresenta o Currículo Funcional Natural (CFN). A Comunicação Alternativa e Ampliada tem campo vasto de investigação para a suplementação da linguagem, mas ainda com poucos estudos voltados à fase adulta, e também associados ao seu valor na linguagem receptiva para construir pontes com atividades funcionais, bem como organizar o comportamento e facilitar melhores formas de expressão. Os sujeitos com autismo, ao chegar na vida adulta, além de carregarem as características sociocomunicativas que os "desligam" do mundo, podem ainda penar com os efeitos da dependência que carregam desde a infância, momento em que foi lapidado para protegê-lo. Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo verificar se o uso de recursos visuais associados à Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) podem facilitar o desempenho ocupacional de jovens com TEA, que frequentam uma clínica multidisciplinar na zona norte do Rio de Janeiro. Participaram do estudo, dois jovens com TEA (Participantes Alunos); quatro instrutores da clínica (Participantes Instrutores), que não possuem formação técnica, mas lidam com os alunos nas suas atividades de auto-cuidado; e quatro familiares (dois casais de pais, identificados como Participantes Familiares). Para atender os objetivos propostos, o estudo envolveu um delineamento quase experimental do tipo A-B, com linha de base e intervenção na clínica e nas casas dos participantes alunos, para verificar a generalização. Os resultados mostraram que os objetivos foram alcançados, a partir da evolução do desempenho ocupacional dos jovens, e ainda melhora nas manifestações comunicativas durante a execução das Atividades de Vida Diária escolhidas para cada um. Além disso, o estudo gerou uma criação de escores para avaliação de desempenho em etapas, além formas para observar o grau de independência para determinada função e, a classificação do nível de desempenho, que aqui se revelaram como bom caminho para visualizar os panoramas alcançados pelos sujeitos participantes alunos da pesquisa.

Palavras-chave: Desempenho Ocupacional. Transtorno do Espectro do Autismo. Comunicação Alternativa.

## ABSTRACT

LIRA, A. V. de A. P. *Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA*. 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-graduação em Educação - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The social inclusion of young people with Autism Spectrum Disorder (ASD) is a subject rarely discussed in research, but of great importance to these individuals, the family and the professionals who are involved in their activities, they can find access doors to help them continue to grow in skills now more than ever, geared to what is essential to their life in society, as has the Natural Functional Curriculum (CFN). The Alternative Communication and Enlarged has broad field of research for supplementation of language, but still few studies aimed at adulthood, and also associated with its value in receptive language to build bridges with functional activities and organize behavior and facilitate better forms of expression. Individuals with autism, to reach adulthood, and carry the social communications features that "turn off" the world can still languishing from the effects of addiction that carry from childhood, when it was cut to protect it. Given this context, this study aimed to verify whether the use of visual aids associated with Alternative Communication and Enlarged (CAA) can facilitate occupational performance of young people with ASD, attending a multidisciplinary clinic in the north of Rio de Janeiro. Participated in the study, two young people with ASD (Participants Students); four teachers of the clinic (Participants instructors) who have no technical background, but deal with students in their self-care activities; and four family (two sets of parents, identified as family teams). To meet the proposed objectives, the study involved a quasi-experimental design type A-B, with baseline and intervention in the clinic and in the homes of participating students to check the generalization. The results showed that the objectives were achieved, from the evolution of the occupational performance of the young, and even improvement in communicative events during the execution of ADLs chosen for each. In addition, the study generated a creation of scores for performance evaluation in stages, in addition to ways to observe the degree of independence for a particular function, the classification of the level of performance that here proved how good way to view panoramas achieved by subject students participating in the survey.

Keywords: Occupational Performance. Disorder Autism Spectrum . Alternative Communication .

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Esquema proposto pela Integração Sensorial.....	33
Figura 2 -	Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) .....	39
Figura 3 -	Prancha de sequência da AVD "tomar banho".....	63
Figura 4 -	Prancha de sequência da AVD "tomar banho".....	63
Figura 5 -	Cópias de DVDs com os módulos dos curso oferecido aos PInst e todos os profissionais da clínica .....	73
Figura 6 -	Amostras do formato do curso de capacitação oferecido aos PInst .....	74
Figura 7 -	Daniel com apoio físico em LB na clínica. ....	86
Figura 8 -	Daniel durante a intervenção na clínica. ....	86
Figura 9 -	Daniel em total dependência na AVD em casa. ....	87
Figura 10 -	Daniel durante intervenção em casa durante LB.....	87
Figura 11 -	PInst entregando a toalha à Mariza durante LB na clínica.....	92
Figura 12 -	Mariza acessando sozinha seu xampu na fase de Intervenção. ....	92
Figura 13 -	Mariza recusando enxugar-se sozinha durante a LB.....	93
Figura 14 -	Mariza lavando a cabeça na fase de intervenção na sua casa.....	94
Figura 15 -	Tentativa de montagem da prancha - Mariza e seu pai. ....	96

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Demonstrativo de evolução do conhecimento através da interação e comunicação. ....	42
Quadro 2 -	Resumo dos participantes da pesquisa.....	56
Quadro 3 -	Resumo das etapas dos procedimentos da pesquisa .....	64
Quadro 4 -	Cartela de escala de importância do COPM (BAPTISTE, 1994).....	65
Quadro 5 -	Cartela de desempenho da COPM (BAPTISTE, 1994).....	66
Quadro 6 -	Cartela de satisfação da COPM (BAPTISTE, 1994).....	66
Quadro 7 -	Classificação do nível de desempenho por sessão.....	69
Quadro 8 -	Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Daniel, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos por eles. ....	81
Quadro 9 -	Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Mariza, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos por eles. ....	82
Quadro 10 -	Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Daniel e selecionados pelos PInst, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos pelos pais, na reavaliação. ....	97
Quadro 11 -	Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Mariza e selecionados pelas PInst, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos por eles, na reavaliação pela COPM.....	98

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultado da primeira avaliação de Daniel pela COPM respondida por seus pais.....	81
Gráfico 2 - Resultado da primeira avaliação de Mariza pela COPM respondida pelos pais .....	83
Gráfico 3 - Evolução de desempenho ocupacional de Daniel de acordo com os níveis de apoio na clínica.....	83
Gráfico 4 - Evolução de desempenho ocupacional de Daniel de acordo com os níveis de apoio em casa. ....	84
Gráfico 5 - nível de independência de Daniel para a AVD "escovar os dentes" na clínica, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho .....	85
Gráfico 6 - nível de independência de Daniel para a AVD "escovar os dentes" em casa, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho. .	86
Gráfico 7 - Manifestações comunicativas predominantes de Daniel na clínica .....	88
Gráfico 8 - Manifestações comunicativas predominantes de Daniel em casa .....	88
Gráfico 9 - Evolução de desempenho ocupacional de Mariza de acordo com os níveis de apoio na clínica.....	90
Gráfico 10 - Evolução de desempenho ocupacional de Mariza de acordo com os níveis de apoio em casa .....	91
Gráfico 11 - nível de independência de Mariza para a AVD "tomar banho" na clínica, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho .....	91
Gráfico 12 - nível de independência de Mariza para a AVD "tomar banho" em casa, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho .....	93
Gráfico 13 - Manifestações comunicativas predominantes de Mariza na clínica.....	94
Gráfico 14 - Manifestações comunicativas predominantes de Daniel em casa.....	95
Gráfico 15 - Resultado da reavaliação de Daniel pela COPM respondida por seus pais. .	97
Gráfico 16 - Resultado da reavaliação de Mariza pela COPM respondida pelos pais .....	99

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
1	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
1.1	<b>O Transtorno do Espectro Autista (TEA)</b> .....	23
1.1.1	<u>Evolução diagnóstica</u> .....	24
1.1.2	<u>Cenário do Jovem com TEA</u> .....	26
1.1.3	<u>O processo de inclusão social do indivíduo com TEA</u> .....	28
1.2	<b>Desempenho ocupacional</b> .....	36
1.2.1	<u>Práxis</u> .....	40
1.3	<b>Interação e comunicação</b> .....	42
1.3.1	<u>Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA)</u> .....	44
1.4	<b>Currículo Funcional Natural (CFN)</b> .....	50
1.5	<b>Formação de profissionais e orientação familiar</b> .....	52
2	<b>MÉTODO</b> .....	56
2.1	<b>Participantes</b> .....	56
2.1.1	<u>PA Daniel*</u> .....	57
2.1.2	<u>PA Mariza*</u> .....	58
2.1.3	<u>Maurício*</u> .....	60
2.1.4	<u>Helen*</u> .....	60
2.1.5	<u>Daiane*</u> .....	60
2.1.6	<u>Joyce*</u> .....	61
2.1.7	<u>Clara*</u> .....	61
2.1.8	<u>Alexandre*</u> .....	61
2.1.9	<u>Marina*</u> .....	61
2.1.10	<u>Marcos*</u> .....	62
2.2	<b>Local</b> .....	62
2.3	<b>Materiais e Instrumentos</b> .....	62
2.4	<b>Procedimentos da Pesquisa</b> .....	64
2.5	<b>Procedimentos de coleta de dados</b> .....	65
2.5.1	<u>Procedimentos de avaliação dos participantes alunos e participantes familiares</u> .....	65
2.5.2	<u>Procedimentos de avaliação dos participantes instrutores</u> .....	66

2.6	<b>Procedimentos de análise de dados</b> .....	67
2.6.1	<u>Dos Participantes Alunos</u> .....	67
2.6.2	<u>Dos Participantes Instrutores</u> .....	69
2.6.3	<u>Dos Participantes Familiares</u> .....	70
2.7	<b>Procedimentos experimentais</b> .....	70
2.7.1	<u>Linha de Base (LB)</u> .....	71
2.7.2	<u>Intervenção (I)</u> .....	72
2.7.2.1	Capacitação dos instrutores .....	73
2.7.2.2	Observação dos efeitos da ação direta dos instrutores na lida com o participante aluno, após a capacitação .....	75
2.7.2.3	Orientação Familiar.....	77
2.8	<b>Procedimentos de Reavaliação</b> .....	78
2.9	<b>Índice de concordância interobservador</b> .....	78
3	<b>RESULTADOS</b> .....	80
3.1	<b>Dos Participantes Alunos (PAs)</b> .....	80
3.1.1	<u>Avaliação Individual:</u> .....	80
3.1.1.1	Daniel .....	80
3.1.1.2	Mariza.....	81
3.1.2	<u>Linha de Base (LB) e Intervenção (I)</u> .....	83
3.1.2.1	Daniel .....	83
3.1.2.2	Mariza.....	89
3.1.3	<u>Reavaliação</u> .....	96
3.1.3.1	Daniel .....	97
3.1.3.2	Mariza.....	98
3.2	<b>Dos Participantes Instrutores (PInst)</b> .....	99
3.2.1	<u>Maurício</u> .....	101
3.2.2	<u>Helen</u> .....	102
3.2.3	<u>Daiane</u> .....	102
3.2.4	<u>Joyce</u> .....	102
3.3	<b>Dos Participantes Familiares (PFam)</b> .....	104
3.3.1	<u>Clara e Alexandre (Pais de Daniel)</u> .....	104
3.3.2	<u>Marina e Marcos</u> .....	104
4	<b>DISCUSSÃO</b> .....	105
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	109

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
<b>APÊNDICE A</b> - Pré e Pós teste da capacitação dos instrutores da clínica .....	121
<b>APÊNDICE B</b> - Fichas de registro das AVDs "escovar os dentes", "tomar banho" e sobre comunicação. ....	126
<b>APÊNDICE C</b> - Guia de entrevista aberta para os instrutores.....	132
<b>APÊNDICE D</b> - Quadros de mensuração de fidedignidade.....	133
<b>APÊNDICE E</b> - Conteúdo Programático do Curso oferecido aos instrutores ...	139
<b>ANEXO A</b> - Modelo do Perfil Sensorial Adolescente/Adulto (Brown e Dunn, 2002).....	140
<b>ANEXO B</b> - Modelo da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (M.Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock, 1994). ....	144
<b>ANEXO C</b> - Parecer do comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro .....	146
<b>ANEXO D</b> - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido .....	149

## APRESENTAÇÃO

Tenho graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará - UEPA. No 3º ano (5º e 6º períodos) da faculdade, tive meu primeiro contato com crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), onde em estágio curricular, deveríamos pensar sobre os meandros que envolviam o diagnóstico e intervenções dentro da Terapia Ocupacional. O autismo foi-me assim apresentado como um quadro enigmático, impenetrável, cujas pessoas estavam fadados a viver fechados em si, sem nenhum rascunho de afeto. Nesta época (2009), era difícil nutrir expectativas de resultados.

Tudo o que eu tinha de fato era medo de tratar alguém com autismo; medo de frustrar a família, de frustrar-me! Desde então, percorri caminhos voltados à habilitação e/ou reabilitação funcional de indivíduos com déficits neurológicos, com repercussão nos aspectos físicos, cognitivos e funcionais.

Ao obter o título de graduação, trabalhei no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maringá (PR), onde buscava como fim, a aquisição e/ou o retorno do desempenho funcional dos pacientes internados devido a enfermidades que causaram a desintegração de seus papéis ocupacionais, a grande maioria por sequelas neurológicas, doenças crônico-degenerativas, ou mesmo devido a períodos prolongados de internação.

Após esta experiência, trabalhei em APAE de algumas cidades do Paraná e depois no Rio de Janeiro, onde voltei a ter contato com crianças e jovens com TEA, tratados em escola especial juntamente com outros indivíduos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência intelectual, síndromes, alterações neurológicas, etc. E nesse momento, embora percebesse ainda a dificuldade sobre diagnóstico médico, muitas vezes desconhecidos e mergulhados em superfície rasa, passei a enxergar o indivíduo autista com outros olhos, como alguém capaz de se comunicar, capaz de sentir, capaz de desejar, fazer e realizar! Com curiosidade passei a ler artigos e produções acerca do assunto e pude entender que o autismo não é uma condição de "tudo ou nada"; ao contrário, deve ser visto como um *continuum* que vai do grau leve ao severo, mas que em qualquer ponto do espectro é possível identificar uma indissociável “díade” - a comunicação/ interação social e os comportamentos restritos, como definiu o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V-TR)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> De acordo com AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), DSM V – TR substituiu o DSM IV - TR, e passou a considerar a aglutinação da comunicação e interação social para formar uma díade com os interesses restritos. O transtorno agora é diagnosticado num amplo espectro.

Já o meu interesse nos recursos de Comunicação Alternativa e Ampliada surgiu após eu ter feito o Curso Básico de Tratamento Neuroevolutivo – Conceito Bobath e trabalhado em consultório particular com crianças com Paralisia Cerebral, não verbais, com problemas motores graves, mas com grande intenção e potencial comunicativo. Crianças deixando transparecer sentimentos e ideias presos em seu próprio corpo. Conheci então as pesquisas realizadas pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Myriam Pelosi, bem como as obras publicadas por vários professores e/ou colaboradores de programas de pós-graduação na área, como o ProPEd.

Assisti a palestras e congressos que envolviam o tema sobre a aplicação dos recursos de CAA, e, trabalhando com profissionais que já os utilizavam em seus atendimentos, passei a anexá-los à minha prática, especialmente com crianças e adultos com quadros de disfunção neuromotora. Decerto, ainda que empiricamente, os recursos de CAA foram muito úteis no tratamento dos pacientes, tanto para estimular suas funções percepto-cognitivas e motoras, como para simplesmente promover uma conexão comunicativa entre o indivíduo e o mundo a sua volta. Fazem parte desta prática: os símbolos pictográficos *Mayer-Johnson*<sup>2</sup>, aplicativos de tablets, *ipads*, histórias sociais, miniaturas, vocalizadores, *eye-gaze*<sup>3</sup>, etc.

Em 2011, fui incorporada como oficial das Forças Armadas à Marinha do Brasil<sup>4</sup>, onde atuo como terapeuta ocupacional militar da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, no setor do *Grupo de Avaliação e Acompanhamento do Paciente Especial (GAAPE)*, serviço que se tornou referência no tratamento de crianças com TEA, muito embora não atenda apenas pacientes com autismo, entretanto, a possível facilidade de acesso a esse serviço, acaba proporcionando maior contingência de diagnóstico precoce, e intervenção interdisciplinar com ou sem confirmação diagnóstica, mas com sinais e sintomas capazes de eleger a criança ao tratamento. Após a impressão ou hipótese diagnóstica, o paciente de 0 a 5 anos é encaminhado ao psiquiatra infantil e à equipe, com especialidades selecionadas a partir do seu quadro. Ao completar 5 anos, o paciente passa por nova avaliação da equipe multidisciplinar, a fim de ajudar na conclusão diagnóstica, e se for o caso, encaminhá-lo ao Programa de Atendimento Especial (PAE), para uma das 30 clínicas conveniadas pelo Serviço de Assistência Social da Marinha (SASM), tendo que retornar anualmente para consultas de

---

<sup>2</sup> Programas de computador para produzir símbolos (*Boardmaker*<sup>TM</sup>).

<sup>3</sup> Facilita a comunicação usando apenas o movimento de seus olhos. Por olhar para as teclas do controle exibido em uma tela, os usuários podem executar uma variedade de funções, incluindo a síntese de voz, controle ambiental, e de digitação.

<sup>4</sup> O 1º Distrito Naval envolve os estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo.

Reavaliação de Equipe. Neste esquema, o paciente tem seu tratamento estipulado por tempo indeterminado.

Trabalhar em contato constante com o diagnóstico de autismo, aguçou mais a minha vontade (e não mais medo) de envolver-me nesse contexto introspectivo vivenciado pelo indivíduo com autismo e, descobrir com cada um dos meus pacientes, formas novas de comunicar, expressar, compreender!

Com isso, busquei aprofundar-me em técnicas específicas dentro da Terapia Ocupacional, como cursos em Integração Sensorial<sup>5</sup>. Também procurei literatura específica que elucidasse outras abordagens como ABA<sup>6</sup>, Método TEACCH<sup>7</sup>, o FLOORTIME<sup>8</sup> e o PECS/PECS Adaptado<sup>9</sup>.

Sem dúvida, ficou cada vez mais clara a necessidade do uso da comunicação alternativa, e então, comecei a empregar os recursos, principalmente para favorecer a linguagem receptiva e expressiva, organização de rotina e modulação do comportamento.

Minha inquietação é que mesmo vendo ainda um campo vasto para aplicar pesquisas sobre a utilização dos recursos de CAA em crianças com TEA, inclino-me a ter mais curiosidade em analisar os pacientes autistas jovens em idade, que em tese, já deveriam ter a completa aquisição de papéis de maior independência nas AVDs (Atividades de Vida Diária), AVPs (Atividades de Vida Prática) e AVTs (Atividades de Vida para o Trabalho). Essa interrogação ocorre todas as vezes que me deparo com pacientes que retornam anualmente

---

<sup>5</sup> A terapia da **Integração Sensorial** foi desenvolvida pela Terapeuta Ocupacional A. Jean Ayres, na década de 1970, baseada em teoria neurocomportamental, que objetiva explicar a relação entre o processamento sensorial e os déficits comportamentais quando estes não podem ser atribuídos às anormalidades neurológicas (OLIVEIRA & SIMÃO, 2003)

<sup>6</sup> **ABA** - Applied Behavior Analysis, foi desenvolvido pelo Dr. Lovaas da UCLA, é um termo advindo do campo científico do Behaviorismo, que observa, analisa e explica a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem (LEAR, 2004).

<sup>7</sup> **TEACCH** - *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*, programa educacional e clínico com uma prática predominantemente psicopedagógica criado a partir de um projeto de pesquisa que buscou observar profundamente os comportamentos das crianças autistas em diversas situações frente a diferentes estímulos. Fundamenta-se em pressupostos da teoria comportamental e da psicolinguística (MELLO, 2007)

<sup>8</sup> **DIR/FLOORTIME** foi criado pelo médico Dr. Stanley Greenspan, onde sustentou a ideia da individualização no tratamento. O tripé DIR: Desenvolvimento, Individualização, Relação. (PIACENTINI, CAPELLI, GOLDSTEIN, 2010).

<sup>9</sup> **PECS/PECS Adaptado**: The Picture Exchange Communication System - é um sistema de Comunicação Alternativa e Ampliada realizado a partir de trocas de figuras (cartões de comunicação). Foi desenvolvido por Bondy e Frost (1994) nos Estados Unidos para crianças com TEA e com déficit severo na comunicação oral. O PECS-Adaptado, desenvolvido por Walter (2000), teve o mesmo objetivo do sistema original, mas com a ideia de estruturá-lo segundo os pressupostos da metodologia de ensino baseada no Currículo Funcional Natural, que busca intervir na forma e no ambiente mais natural possível.

para reavaliação, trazendo em sua bagagem potenciais adormecidos para o avanço ou, num outro extremo, a total dependência nas suas ocupações.

## INTRODUÇÃO

Falar sobre o tema Autismo e inclusão tem se tornado até extenuante, mas certamente ainda muito necessário, haja vista que leis e normas são criadas e recriadas na tentativa de vencer as artimanhas da exclusão que rodeiam as pessoas com esse diagnóstico, desde o momento em que este pode ser apenas uma possibilidade, mas que se cristalizam ainda mais à medida em que eles vão crescendo.

Na tenra infância, muitas são as expectativas e ansiedades dos pais, mas via de regra, certos "detalhes" do desenvolvimento infantil só lhes são apresentados quando marcos esperados não se concretizam. No primeiro ano de vida, os pais observam seu desenvolvimento motor, podendo ter como guia, a carteira de vacinação distribuída pelo ministério da saúde. Se com um ano, a criança estiver andando, para os pais está muito bom, ainda que ela tenha pulado fases como engatinhar. A partir daí tudo se torna um enigma, e a menos que a criança tenha um comportamento preocupante, a atenção dos pais se acenderá se, com 2 anos ela não estiver falando, ou mais tarde, por sinalização da escola. No entanto, quando deparados com a realidade, dão-se conta de que a exclusão começa muito cedo, quando a maior parte da população não tem acesso ao acompanhamento pediátrico, que não se restrinja apenas à prática de puericultura, onde a preocupação está em medir e pesar a criança, bem como cobrar (legitimamente) o aleitamento materno até pelo menos os dois anos de vida<sup>10</sup>.

Caso o indivíduo tenha recebido o diagnóstico, seus pais também recebem ali uma missão: encontrar o tesouro escondido em seu filho, só que sem mapa. E assim iniciam uma via sacra, onde primeiro buscam que o aceitem verdadeiramente na escola e nos lugares públicos, e com o passar implacável do tempo, numa possibilidade de autonomia em sua própria vida, que um dia poderá seguir sem a proteção deles, seus pais.

Incluir em um país que bebe em retalhos de leis para impor a inclusão, é um desafio diário. É nítida a dificuldade também dos profissionais de educação, que são cobrados em suas condutas, mas negligenciados em suas necessidades, e impelidos muitas vezes a agirem com precaução extrema, aumentando o abismo entre a criança e a primeira sociedade a qual ela precisa dar conta, a escola.

---

<sup>10</sup> Baseados em relatos frequentes de pacientes no consultório, durante avaliação de terapia ocupacional

Certamente a escola tem uma dimensão muito importante na vida das pessoas, pois além de sua função de ensinar conceitos, transformar conhecimentos, sua própria estrutura física e de grupo pode auxiliar no amadurecimento das funções ocupacionais plantadas e regadas em casa, de acordo com a rotina impressa em cada família.

Mazzotta (2010) afirma que a inclusão escolar tem o objetivo de incentivar o respeito entre os pares numa convivência baseada em ação solidária e cooperativa entre fatores intrínsecos e extrínsecos à escola. Logo é indicação necessária também para ensinar-lhes a interagir socialmente, se comunicar, e modelar seus comportamentos inadequados, características presentes nos indivíduos diagnosticados com TEA.

Decerto, mas não somente, a escola então tem um papel fundamental num processo de inclusão ainda mais complexo, que se prolonga ao longo da vida e em funções que se dividem em vários papéis assumidos, de acordo com as habilidades que o indivíduo for capaz de desempenhar; ou seja, a inclusão é uma meta que começa em casa para abraçar o mundo.

Muitas crianças que receberam o diagnóstico de autismo antes dos anos 2000, hoje não são mais crianças e já vivenciaram a virada de um século, embora pareça que tudo ocorreu há pouco tempo; e depois de uma infância escolar sem grandes êxitos, esses jovens/adultos hoje necessitam de novos olhares, novas perspectivas, novas expectativas que atendam suas necessidades e respeitem sua faixa etária.

Em várias ocasiões, já na fase adulta, os indivíduos com TEA ainda precisam lidar com os distúrbios da linguagem. Sabe-se que o atraso na aquisição da fala e padrões atípicos no desenvolvimento da comunicação são uma das principais características da criança com autismo (CID-10, 2001). Portanto, muitos destes sujeitos não desenvolvem a fala, e por vezes, reduzem sua comunicação a ruídos incompreensíveis, dificultando ainda mais a sua interação no mundo.

Cuccovia (2006), comenta que ao longo dos anos, houve muitas mudanças na visão da pessoa com deficiência, sobre concepção, foco de intervenção, forma de lidar com as diferenças, visão do indivíduo e da família, fonte de financiamento, etc. O desafio certamente acaba na necessidade de colocar o indivíduo na comunidade como cidadão, participando e atendendo às demandas sociais, com capacidade de aprender, trabalhar e ser autônomo em suas escolhas e decisões.

Sobre as características marcantes do TEA relacionadas à linguagem e interação social, Lampréia (2004) abordou o tema, apresentando uma Visão Desenvolvimentista do Autismo, onde buscou entender os prejuízos inerentes ao quadro, sem opor em duelo a comunicação e a interação, como quem se pergunta o que é mais importante, mas entrelaçá-

las como elementos indivisíveis, que se constroem simultaneamente num processo simbiótico e retroalimentar ao longo do desenvolvimento.

Neste sentido, não é possível refletir sobre o processo de independência no desempenho ocupacional inerente aos papéis exercidos pelo indivíduo no seu cotidiano, sem pensar em comunicação. Mais adiante buscou-se chegar com a reflexão sobre de que forma facilitar essa independência num sujeito com TEA já na juventude, e ainda (ou para sempre) não verbal.

O tema comunicação dentro do espectro autista é amplo e ainda carece de muitos estudos e discussões, porém o presente trabalho terá um foco voltado para o viés comunicativo dentro do contexto de execução de Atividades de Vida Diária (AVD), numa valorização da linguagem recebida através de mapeamento visual, de forma a ampliar a práxis do indivíduo, bem como refinar suas intenções comunicativas em situações naturais.

Considerando as características de pessoas com autismo, e para cada uma é legítimo o empenho para muitos estudos e discussões, então vale salientar que o presente trabalho se deterá apenas no viés da Comunicação Alternativa e Ampliada como um facilitador para o processo de inclusão social dos indivíduos diagnosticados com TEA, sob a luz do desempenho ocupacional independente e autônomo. Foi apresentado um estudo com início na casa dos participantes alunos e participantes familiares, com uma proposta de intervenção dentro de uma clínica multidisciplinar, que preza por atividades funcionais, corporais, artesanais e psicopedagógicas, localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro. O objetivo foi o de introduzir o uso de um sistema de comunicação alternativa e ampliada para facilitar o desempenho ocupacional dos dois jovens participantes com TEA, através de estratégias de mapeamento visual de sequenciamento, que no primeiro momento organizou a linguagem receptiva para enfim estruturar melhor as trocas comunicativas, avaliadas sempre no momento de execução da tarefa de AVD selecionada para cada um.

Com base nas experiências vividas em dois estudos pilotos nos anos de 2014 e 2015<sup>11</sup> (ainda no curso deste mestrado), que buscaram promover e analisar a formação continuada de profissionais da área sobre os temas envolvidos nesta pesquisa maior pertinentes à área de educação especial, e seus resultados significativos de aproveitamento, foi imperativo que também houvesse uma esguelha de cooperação com os participantes familiares e participantes

---

<sup>11</sup> Foram realizados dois estudos pilotos durante o mestrado, que envolveram como sujeitos, educadores. São eles: "Integração Sensorial na Inclusão Escolar: Entendendo o mundo através dos sentidos do aluno", e "Comunicar é Preciso: Um encontro entre saúde e educação"

instrutores já que estão diariamente lidando com os participantes alunos nas AVDs escolhidas, seja em casa, seja na clínica.

Diante deste contexto, esta pesquisa tem como objetivo verificar os efeitos do uso da Comunicação Alternativa e Ampliada durante o desempenho ocupacional dos participantes alunos, medindo o grau de independência alcançado por cada um.

A pesquisa atual teve como fundamentação teórica, uma revisão da literatura que foi organizada a partir de seis subitens.

No primeiro foi abordado o assunto sobre o TEA, sua evolução diagnóstica, bem como o cenário do transtorno no indivíduo jovem e os desafios da inclusão. O segundo discutiu os conceitos de funcionalidade, desempenho ocupacional e outros que se anexam a esses. O terceiro abordou sobre a interação e a comunicação humana, com uma ênfase na Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA), com conceitos e importância para auxiliar na comunicação do indivíduo com TEA. O quarto tratou sobre o Currículo Funcional Natural e sua aplicabilidade no transtorno do espectro autista. Por fim, o quinto apresentou uma relação dialógica entre a necessidade de formação dos profissionais envolvidos e orientação familiar para promover eficácia em quaisquer abordagem escolhida e a generalização.

Após a fundamentação teórica, o segundo capítulo trouxe uma metodologia descrita detalhadamente, com a descrição dos participantes, local, materiais e instrumentos, procedimentos de coleta e análise dos dados, procedimentos experimentais, reavaliação e cálculo do índice de fidedignidade.

No terceiro capítulo foram descritos os resultados mediante os dados obtidos pela categorização e a análise dos mesmos. Tal análise deu origem ao quarto capítulo com a discussão dos resultados, que fazem um link interativo com a literatura e, no quinto e último capítulo, são apresentadas as considerações finais.

# 1 REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1 O Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O termo autismo deriva do grego “autos” e foi usado pela primeira vez em 1911 pelo psiquiatra austríaco Eugen Bleuler para descrever o isolamento social de indivíduos com esquizofrenia (SILVA, 2012).

Em 1943, o psiquiatra infantil austríaco Leo Kanner, utilizou o termo para descrever o isolamento que algumas crianças demonstravam desde o início da vida, bem como apego à rotina, preferência por objetos, ecolalia e inversão pronominal. Ele também foi o criador do termo “mãe geladeira”<sup>12</sup>. Na verdade, Kanner teve dois posicionamentos sobre a origem do autismo. O primeiro assumia uma explicação mais biológica, que supunha que estas crianças já nasciam com uma incapacidade afetiva, da mesma forma em que outras vinham ao mundo com incapacidades físicas ou intelectuais. Ao mesmo tempo, fez uma observação de que normalmente, as crianças autistas são filhas de pais altamente inteligentes, que são pouco afetuosos, estando mais preocupados com as abstrações do universo de seus interesses de estudo. No entanto, ele mesmo contou que havia sido mal interpretado, pois não quis associar a culpa aos pais. Naquela época, ele tentava apenas constatar semelhanças entre os pais e seus filhos, levantando uma hipótese de que os comportamentos dos pais, também poderiam ter surgido no mesmo óbice biológico (GRANDIN; PANEK, 2015).

Apesar se ter criado o famoso termo que influenciou o diagnóstico por pelo menos 40 anos, Kanner não era fã de Freud, mas sendo um produto de sua época, e mesmo tentando sustentar o embasamento biológico, acabou dando também uma explicação psicológica, corroborando com padrão psicanalítico de sempre atribuir suspeitas aos pais (KANNER, 1943).

Em 1944, o pediatra e pesquisador austríaco Hans Asperger observou quatro crianças, que demonstravam um transtorno estável de personalidade marcado pelo isolamento social, levando-o a descrever como "psicopatia autística". Essas crianças tinham habilidades intelectuais preservadas e apresentavam uma patente dificuldade na comunicação não-verbal, como gestos, tons de voz, expressões faciais, e uma inclinação a ter uma fala pleonástica,

---

<sup>12</sup> Termo psicanalítico atribuído às mães de crianças autistas, quando se acreditava que elas poderiam ser a causa do autismo de seus filhos, por serem afetivamente frias.

formal e monótona. Tais características o fizeram a chamá-las de “pequenos mestres”. O trabalho de Asperger foi publicado originalmente em alemão, e tornou-se amplamente a partir de 1981 (KLIN, 2006).

A psiquiatra inglesa Lorna Wing, cuja filha era uma pessoa com autismo, foi a 1ª a descrever a tríade de sintomas: alterações de sociabilidade, comunicação/linguagem e padrão alterado de comportamento (WING, 1979).

Na década de 1960, o psicólogo comportamental Ole Ivar Lovaas defendeu a eficácia da terapia comportamental para esses casos, o que gerava muito preconceito na época, considerando essa intervenção como a última alternativa, quando todas as outras modalidades terapêuticas foram esgotadas (REKERS; LOOVAS, 1974).

### 1.1.1 Evolução diagnóstica

Em termos concretos de classificação, o DSM é um dos principais aspectos da psicopatologia. Diversas foram as formas criadas ao longo dos anos para diagnosticar a doença mental. Em 1952 foi criado pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística, da *American Psychiatric Association* (APA), o primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM, onde o autismo aparece no DSM-I como um sintoma da “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, mas não foi apresentado como uma entidade nosográfica (GRINKER, 2010).

Na segunda edição do DSM, de 1968, houve a eliminação o termo “reação”. A classificação passa a ser “Esquizofrenia tipo infantil”, categoria equivalente a “Reação Esquizofrênica” do DSM-I. O comportamento autístico permanece sendo um sintoma (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011).

O DSMIII, publicado em 1980 e sua revisão (DSM-III-TR, 1987) trouxeram inovações. O autismo aparece pela primeira vez como essência nosográfica. É criada a classe diagnóstica “Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD” (*Pervasive Developmental Disorders – PDD*), onde o “Autismo Infantil” figura como uma das subcategorias. Na revisão, o autismo passa a ser nomeado “Transtorno Autístico”, suprimindo e eliminando o diagnóstico de “Esquizofrenia tipo infantil”, haja vista ser extremamente raro na infância. A partir de então, o autismo assume um caráter de diagnóstico convencional na prática psiquiátrica, tornando-se mais comum ainda nos anos posteriores (GRINKER, 2010).

Segundo Sibemberg (2011), nos DSMI e DSMII, o uso de termos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” indicavam a influência da psicanálise na construção do Manual. No entanto, no DSMIII, os aspectos psicodinâmicos são abolidos e o conceito psicanalítico de neurose, “visto como vago e não científico”, é excluído (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, pág. 615).

Na quarta edição do Manual, em 1994, e sua revisão, em 2002, o autismo se mantém como referência para as novas classificações e os TGDs são subdivididos em: “Síndrome de Rett”, “Autismo”, “Transtorno Desintegrativo da Infância”, “Síndrome de Asperger” e “Transtorno Invasivo da Infância sem outra especificação” (MERCADANT; GAAG; SCHWARTZMAN, 2006). O DSM-IV ficou totalmente afastado da psicanálise, sofrendo real influência da farmacologia e dos resultados das pesquisas das neurociências.

O DSM-V, de 2013, introduz outras mudanças: a extinção dos TGDs e a criação de uma única categoria diagnóstica para os casos de autismo (“Transtorno do Espectro Autista”), independentemente de suas diversas formas de manifestação, com a exceção da síndrome de Rett, que assumiu perfil independente.

As principais mudanças refletiram a visão científica de que aqueles transtornos são na verdade uma mesma condição com gradações em dois grupos de sintomas, e para o diagnóstico, vai exigir três (3) déficits na categoria de comunicação e interação social e um (1) déficit na categoria de comportamentos repetitivos e estereotipados. (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Na atual proposta de revisão para o DSM-V há a distinção entre Distúrbio Específico de Linguagem (DEL)<sup>13</sup>, Distúrbio Fonológico<sup>14</sup>, Distúrbio de Comunicação Social (associado com dificuldades pragmáticas). Isto irá permitir um diagnóstico de deficiência em comunicação social, sem a presença de comportamento repetitivo, o qual não está incluído no TEA (NAVAS, 2012).

A segunda categoria para a construção diagnóstica passa a ter critérios que não eram usados anteriormente como sinais sugestivos de Distúrbios de Integração Sensorial (DIS) (STEVENSON et al., 2014).

Analisando as mudanças recentes ocorridas no DSM para as questões concernentes ao TEA, Araújo e Lotufo Neto (2014) concluem que a APA entende que não há vantagens

<sup>13</sup> É uma dificuldade persistente para adquirir e desenvolver a fala e a linguagem. Aparentemente a criança possuiu todas as condições para falar, mas ela não consegue ou apresenta muita dificuldade neste processo.

<sup>14</sup> Alteração de fala caracterizada pela produção inadequada dos sons e uso inadequado das regras relacionadas à distribuição do som e ao tipo de sílaba, resultando em confusão de contrastes fonêmicos e alterando o significado da mensagem (WERTZNER; AMARO; TERAMOTO, 2005).

diagnósticas ou terapêuticas na divisão que outrora ocorria, e observa que a dificuldade em subclassificar o transtorno poderia confundir o clínico. Para ilustrar, pode-se citar o estudo piloto desenvolvido por Paula, Ribeiro, Fombonne e Mercadante (2011), sobre a prevalência do Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) na América do Sul. Na ocasião, foi uma pesquisa desenvolvida no sudeste brasileiro, e constatou uma prevalência muito pequena de pessoas com o diagnóstico. O estudo concluiu que havia uma preponderância significativa de mais crianças diagnosticadas com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra Especificação (TID-SOE) do que com autismo, e ainda trouxe questões preocupantes de diagnóstico tardio e acesso limitado aos serviços de tratamento.

Apesar de Laznick (2005) afirmar que o autismo só pode ser diagnosticado por volta dos três anos de idade, ele também alerta que antes podem ser identificados sinais de risco. Foi o que o psiquiatra e presidente do grupo responsável pela última revisão do DSM, David Kupfer, defendeu sobre as mudanças do DSM-V (APA, 2014), feitas para melhor compreender clinicamente os sintomas e os comportamentos relacionados ao transtorno, abrindo possibilidades de melhor atenção precoce (KUPFER, 2012).

Estudos de como Cordeiro (1989), Assumpção Jr. (1995), Schwartzman (1995) e Rosemberg (1995) mostraram que à medida que as crianças crescem, os déficits identificados na infância continuam ao longo da vida adulta com padrão amplamente similar de problemas na socialização, comunicação e padrões de interesse, logo a intervenção precoce deve influenciar diretamente no desempenho destas crianças, jogando bom adubo para as sementes da próxima fase.

### 1.1.2 Cenário do Jovem com TEA

Segundo o Portal da Saúde, na política nacional da atualidade, o Sistema único de Saúde (SUS) prima pela busca de estratégias preventivas. Com isso, é fundamental que se caminhe em direção à identificação precoce das alterações no desenvolvimento do indivíduo, abrindo possibilidades para uma intervenção correta e propícia.

São dois extremos ainda poucos explorados por pesquisadores: os diagnósticos do TEA na primeira infância, e o seguimento daqueles que cresceram em situação de forte dependência.

Se na infância, onde o início de tudo traz o medo, a angústia e as incertezas da criança na escola e na aceitação social; ao se aproximar da vida adulta, todos os sentimentos retornam com marcas causadas pelos requintes de preconceito, e com um ingrediente a mais: o futuro de quem não tem pais eternos.

Além das características presentes no TEA, que podem persistir com um quadro de dependência ocupacional ao longo da vida, a própria fase da adolescência acarreta mudanças biológicas e psíquicas, desencadeando ainda mais dificuldades e conflitos.

Segeren e Françoze (2013) realizaram uma pesquisa qualitativa com o objetivo investigar as vivências de mães de jovens autistas através de entrevistas. Elas então verificaram que comumente as mães mudam sua rotina para assumir o cuidado integral do filho. Nesse mesmo estudo, algumas mães relataram que o indivíduo apresenta maior agressividade na fase da adolescência, e isso se configura como mais um obstáculo que reforça o isolamento e o preconceito.

Para Schmidt e Bosa (2007), a adolescência acaba gerando um processo de maior exclusão social, pois além de comprometer o aprendizado de novas habilidades que proporcione melhorar desempenho ocupacional, em muitos casos, gera inclusive ameaça a sua integridade física ou a dos outros. A rotina da mãe e a do filho autista são iguais, sendo na maioria dos casos, restrita à ida à escola, local de tratamento e à volta para casa. As rotinas das mães são definidas pelas necessidades e demandas de cuidado com o filho autista (MONTEIRO et al., 2008; SCHMIDT; BOSA, 2007).

Como agravante, outros estudos como o de Bosa, Sifuentes e Semensato (2012) mostram que o diagnóstico de TEA pode mobilizar, especialmente nas mães, o senso de proteção ao filho de uma forma exclusiva e quase “insubstituível” como cuidadora, e assim, essa relação delineada na dependência, perpetua-se na vida adulta. Previsivelmente, espera-se relatos quanto às dificuldades encontradas na fase da adolescência, envolvendo os cuidados básicos, como a higiene e outras atividades básicas de vida diária.

Por outro lado, ter um jovem com TEA em casa, está associado à melhor saúde mental materna e menor sensação de carregar um fardo, em comparação com ter um filho mais novo, com idade média inferior de 11 anos. Possivelmente isso se deve a melhorias no bem-estar materno, que na verdade, desenvolveu, ao longo dos anos, estratégias de adaptação na lida com seu filho (SMEHA; CEZAR, 2011).

Sobre a expectativa quanto ao futuro, as mães de jovens com TEA almejam que seus filhos se tornem independentes nas atividades de vida diária e também financeiramente, pois

sentem medo da morte por não saberem o que será dos filhos (SEGEREN; FRANÇOZO, 2014).

Cuvero (2008), em um estudo com 25 cuidadores de indivíduos com TEA e 283, no grupo controle, revelou que as famílias apresentam uma adaptação entre flexível e muito flexível e uma coesão sobretudo articulada com a indivíduo autista.

Olson e colaboradores (1985) já diziam que numa família com bom funcionamento existe bom equilíbrio entre coesão e adaptabilidade, que é predisposição familiar à mudanças em situações de estresse e crise, a fim de tomar a decisão mais acertada pelo bem de todos.

Há também uma tendência a um maior prejuízo na qualidade de vida dos cuidadores (em sua dimensão física, psicológica e social) quando a pessoa com TEA é adolescente, principalmente quando relacionada ao domínio da capacidade funcional deste, devido sua nova compleição física somada à dependência cultivada por toda a infância, conforme pesquisa de Cuvero (2008).

### 1.1.3 O processo de inclusão social do indivíduo com TEA

Sem dúvida, a inclusão é um dos principais, quiçá o principal ponto que deve ser considerado das fainas que são inerentes ao TEA. Ressalta-se portanto que, inclusão inicia-se desde o primeiro momento do sopro de vida, quando a mãe consegue ter acesso a condições adequadas de pré-natal.

A inclusão deveria continuar logo após o nascimento, quando qualquer criança teria acesso aos serviços de saúde que oferecem diagnóstico precoce da doença, incluindo o atendimento multiprofissional, a nutrição adequada, terapias e medicamentos, conforme prevê A Lei nº 12.764, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), publicada no final de 2012 e lançada no dia 02 de abril de 2013.

Com essa lei também esperava-se a facilitação e estruturação do acesso à educação e ao ensino profissionalizante, à moradia, ao mercado de trabalho e à previdência e assistência social.

O grau de intensidade do transtorno é que deveria definir o tratamento dos pacientes, podendo então ser encaminhados para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) do SUS, ou para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo informações no site do

governo, os Centros devem oferecer serviços de atenção à saúde mental e estão instalados em mais de 1900 municípios, são abertos para a comunidade e oferecem atendimento diário gratuito com psiquiatria, fonoaudiologia, terapia ocupacional, além de outros especialistas (PORTAL BRASIL, 2013).

Em 17 de novembro de 2011, foi lançado no país o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, pelo Decreto Nº 7.612, com o objetivo de implementar novas iniciativas e intensificar ações que, atualmente, já são desenvolvidas pelo governo em benefício das pessoas com deficiência, é o que noticia a página Secretaria Nacional da Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

De acordo com informações colhidas no site do governo federal, tal plano nacional procura promover a cidadania, a autonomia e o fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, eliminando barreiras e permitindo o acesso aos bens e serviços disponíveis a toda a população (SECRETARIA NACIONAL DA PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2011).

Infelizmente, na vida real, o desenho do plano nacional acima é bem interessante, mas chega a ser utópico diante da dependência instaurada pelo próprio governo a partir dos empecilhos que dificultam o acesso aos serviços a qualquer indivíduo. Nesse contexto de exclusão generalizada, a pessoa com deficiência é incluída e sua autonomia cada vez mais distante.

Na prática, após a confirmação diagnóstica, ou até antes disso, começa a saga familiar de matricular o filho numa escola regular. É certo que a criança precisa de relacionamentos que lhes dê segurança e proteção, mas também se beneficiam dos relacionamentos recíprocos com outras crianças da mesma idade, nos quais a posição social e comportamento mútuo surgem a partir das experiências em comum. Os dois tipos de relacionamentos exercem funções diferentes para a criança e são importantes para o desenvolvimento das habilidades sociais. Baseados nisso, Camargo e Bosa (2009) defendem que a criança deve se beneficiar da inclusão escolar pelo fato de estar imersa num ambiente propício para o relacionamento vertical (professores) e horizontal (outras crianças).

Gomes e Mendes (2010), numa pesquisa sobre a escolarização inclusiva de alunos com autismo em uma rede municipal de Belo Horizonte – MG, observaram que os alunos frequentam com assiduidade a escola, porém participam pouco das atividades propostas, e a interação com os colegas não é eficaz, bem como a aprendizagem de conteúdos pedagógicos.

Ao abordar o tema de inclusão escolar de crianças com TEA, grande parte dos estudos acaba apenas enfatizando os comprometimentos clássicos relacionados à comunicação,

interação social e comportamentos. No entanto, sabe-se que nos últimos anos, aumentou o número de diagnósticos de crianças dentro do espectro autista, e que nas margens deste imenso espectro descrito no DSM V, também aumentou o número de crianças com autismo de alto funcionamento, cujas dificuldades cognitivas e de linguagem acabam sendo mais refinadas, pois envolvem habilidades de leitura, escrita e matemática (GOMES, 2007).

Dessa forma, e também devido a luta pela efetivação da inclusão em escolas regulares, as crianças com TEA estão cada vez mais expostas aos conteúdos acadêmicos em salas de aula, pois a lei obriga a aceitação do aluno pela escola e a sua assiduidade; no entanto questões diversas sobre a forma como as pessoas com autismo captam e respondem aos estímulos do ambiente vêm sendo objeto de estudo ao longo dos anos na tentativa de melhor entender os alicerces da aprendizagem nestas pessoas (BELLINI et al., 2007).

Devido o processamento sensorial irregular, os indivíduos com TEA, conforme sinaliza o DSM V, recebem os estímulos do meio ambiente de forma deficitária, e por isso geram respostas inadequadas (STEVENSON et al., 2014).

Conceitos sobre processamento sensorial já eram abordados nos estudos de Lovaas (1971); Stromer e colaboradores (1993) e Lewis; De Leon (1995), que perceberam que as crianças com autismo respondiam apenas a uma parte de um conjunto de estímulos, que comumente se apresentam no meio ambiente de forma complexa.

Pesquisas sobre sinais e sintomas no autismo, sinalizam déficits de processamento sensorial como importantes para o diagnóstico (MARTINEZ-PEDRAZA; CARTER, 2009; STEVENSON, SIEMANN, SCHNEIDER, EBERLY, WOYNAROSKI, CAMARATA; WALLACE, 2014).

As crianças e jovens com autismo evidenciam, por vezes, respostas incomuns a estímulos sensoriais, nomeadamente elevada resistência à dor, hipersensibilidade ao toque, reações exageradas a odores, fascínio com certos estímulos. Esses distúrbios podem tornar-se uma fonte de preocupações para os pais e um grande estressor para toda a família (RUTTER, 1978; BRISTOL, 1996).

Tomchek e Dunn (2007) fizeram um estudo com o objetivo de investigar diferenças no processamento sensorial entre crianças entre as idades de 3 e 6 anos com transtornos do espectro do autismo e crianças típicas, com idades entre três e seis anos. As habilidades de processamento sensorial foram investigadas em 281, usando o *Short Sensory Profile (SSP)*<sup>15</sup>. Resultados mostraram que 95% de crianças com TEA tinham algum grau de disfunção de

---

<sup>15</sup> *Short Sensory Profile (SSP)*: Instrumento de avaliação através de questionário estruturado, aplicável de 3 a 10 anos.

processamento sensorial. Os autores concluíram, considerando estudos semelhantes publicados, a confirmação da prevalência e tipos de deficiências de processamento sensorial no autismo.

Em 2012, Silva e Schalock pesquisaram através de um checklist sensorial e de auto-regulação, o comportamento sensorial de 265 crianças menores de seis anos, sendo 138 com desenvolvimento típico, 99 com TEA e 28 com outro atraso de desenvolvimento. Os resultados demonstraram a descoberta de duas características que discriminavam o autismo dos outros grupos: deficiência sensorial tátil multifocal, caracterizada por hiporreatividade a estímulos lesivos e hiperreatividade aos estímulos não lesivos; e atraso global de auto-regulação, sugerindo uma explicação para o atraso social em crianças com autismo. Os autores concluíram uma prevalência de déficit sensorial e de autorregulação que se aproximam de 100% no grupo do autismo, elevando a possibilidade de que tais dificuldades representam uma parte essencial dessa condição.

Tal fato, indubitavelmente, influencia o processo de aprendizagem naturalmente esperada no curso normal do desenvolvimento, pois para que ela ocorra, é necessário contar com a habilidade do indivíduo de receber as informações do meio ambiente e do próprio corpo; processá-las; integrá-las a outras informações no SNC; usar as informações integradas para planejar e organizar o comportamento e produzir uma resposta adequada às necessidades do desenvolvimento (PARHAM, 1998).

No estudo de Ashburner; Ziviani; Rodger (2008), vinte e oito crianças com TEA foram comparados a seus pares com desenvolvimento típico, combinando o processamento sensorial e resultados educacionais. Foram encontradas correlações negativas significativas entre a filtragem auditiva e desatenção às tarefas cognitivas (processamento auditivo); hipersensibilidade tátil, hiperatividade e desatenção (processamento tátil e vestibular); e sensibilidade ao movimento e comportamento de oposição (processamento vestibular e resposta comportamental). Um padrão de dificuldade de filtragem auditiva, hiporresponsividade sensorial e busca sensorial foi associado com insucesso escolar nas crianças com TEA.

Ainda por cima, é claro que a presença dos déficits enraizados no quadro de TEA podem impactar no desempenho escolar, mas o que pode interferir mais é a possibilidade da escola dispor de tempo limitado para a intervenção (BELLINI et al., 2007).

Parham (1998) ainda afirma que, embora pareça um cronograma passo a passo, tudo isso acontece de maneira ordenada e rápida, numa estrutura cíclica de ação e reação, que resulta, com o aperfeiçoamento, em: habilidade para organização e concentração; auto-estima,

autoconfiança e autocontrole; capacidade para o pensamento e para o raciocínio abstrato; especialização dos hemisférios cerebrais; e aprendizagem acadêmica.

Ao se falar em aprendizagem, é importante salientar que ela acontece desde o início da vida, através das experiências sensoriais sempre presentes. Ao integrar a percepção visual, auditiva e proprioceptiva, a criança aprende a bater palminhas; integrando a função proprioceptiva e visual, ela aprender a fazer a preensão e soltar um objeto; com a integração do sistema vestibular e proprioceptivo, ela pula, corre; as sensações auditivas integradas com a percepção visual e proprioceptiva colaboram para a produção da fala e linguagem; e assim por diante até chegar à aprendizagem escolar e conteúdos complexos (CHAMPGNE, 2006).

Em síntese, comportamentos primários se especializam para compor comportamentos secundários funcionais, já que aqueles geram novos estímulos que se integram aos anteriormente processados, ocorrendo emissões comportamentais cada vez mais complexas e organizadas (ROLEY; MAILLOUX; MILLER-KUHANECK; GLENNON, 2007).

O cronograma descrito logo acima se coaduna com os princípios da integração sensorial, que é definida como sendo um processo pelo qual o Sistema Nervoso Central (SNC) organiza estímulos sensoriais para fornecer respostas adaptativas às demandas do ambiente (ALVES, SILVA; CAMPOS; RUAS; MARTINI, 2011).

Os sentidos são os canais sensoriais que captam os estímulos advindos do meio ambiente. São eles: visão, audição, olfato, paladar, tato, propriocepção, sistema vestibular. Podemos dizer então, que a integração sensorial é a relação entre a habilidade do SNC em organizar e processar tais estímulos recebidos do meio ambiente pelos receptores sensoriais, e os comportamentos motores, cognitivos e emocionais emitidos em resposta geradora (IYER; PEDRETTI, 2005; ZERBINATO; MAKITA; ZERLOTI, 2003).

Sprandlin e Brady (1999) e Tulimoschi (2002) abordaram mais detalhadamente a dificuldade das crianças autistas em processar e integrar as informações aferentes e responder adequadamente através de reações motoras funcionais.

Na década de 1970, a terapeuta ocupacional A. Jean Ayres desenvolveu a abordagem de integração sensorial e realizou uma investigação detalhada sobre a forma de o cérebro processar a informação sensorial de maneira a usá-la para aprendizagem, para as emoções e comportamento, e criou a Teoria de Integração Sensorial (MOMO; SILVESTRE; GRACIANI, 2007).

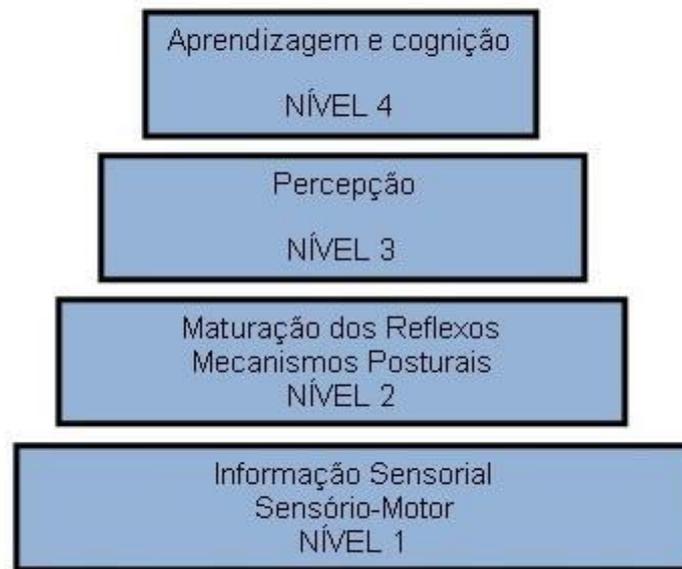
Ayres (1979) considerou a influência de algumas regiões cerebrais frente a esses estímulos: ligação do córtex com o tálamo, formação reticular, cerebelo e o sistema límbico, o que viabilizou e justificou sua aplicação. Esta abordagem neuroanatômico também embasou

outros estudos na área como Otero, Angarita e Arias, (2010); Alves et al (2011); Denève, Duhamel e Pouget (2007).

Quando as respostas não são adequadas, podem resultar em déficits de aprendizagem, ou distúrbios específicos de modulação, percepção, coordenação motora e linguagem, e sinais comportamentais, que sugerem principalmente Déficit de Integração Sensorial (DIS) (LANE; MILLER; HANFT, 2000).

Fazendo referência ao modelo criado por Ayres, o sistema integrado de informações e produção de respostas adaptativas, podem ser ilustradas da seguinte forma:

Figura 1 - Esquema proposto pela Integração Sensorial



FONTE: MOMO; SILVESTRE; GRACIANI, 2007.

Fonte: AYRES, 1972

De acordo com a figura 1, é possível verificar que, como toda pirâmide, a base serve de alicerce seguro para o topo, assim, os níveis 1 e 2 já aparecem quando o indivíduo é recém-nascido, permitindo que ele responda ao ambiente, ainda que de forma rudimentar, mas que vai propiciando o desaparecimento dos reflexos primitivos e o aprimoramento dos atos automáticos e voluntários. Tais níveis proporcionam o surgimento da percepção, que auxilia na compreensão dos estímulos sensoriais que aferem como matéria-prima no organismo, sendo possível identificar o que se vê, ouve, cheira, come, toca, etc. O desempenho até aqui, certamente vai determinar o funcionamento do quarto nível, já que exige habilidades prévias bem estruturadas.

Com relação à fase adulta, a perspectiva de inclusão se adequa aos anseios que permeiam ao amadurecimento, inclusive alguns trabalhos estão mais voltadas às

possibilidades de alcance de independência e autonomia nas Atividades Instrumentais de Vida Diária<sup>16</sup>, inclusive às relacionadas à produtividade. Bons exemplos disso seguem logo abaixo.

Durante o *II Fórum Internacional de Inclusão*, realizado em agosto de 2013, *Dr. David Williams* mostrou a implantação de moradias independentes na Inglaterra (*Ability Housing Association*). Ele administra mais de mil moradias independentes com suporte individualizado na Inglaterra, e apresentou suas experiências e relatos de moradores que aumentaram o nível de independência e autonomia a partir de uma nova visão sobre a inclusão social, e que somaram em dezembro de 2014 um índice de 85% de satisfação, segundo pesquisa realizada por equipe da *Ability* e publicada em seu site.

Mayo (2013), do Centro Ann Sullivan do Peru, descreve a forma como favorece a formação profissional de pessoas com habilidades diferentes até que estejam inseridos no mercado de trabalho.

Poppe (2013), presidente do Instituto JNG, expõe o panorama da deficiência na fase adulta e apresenta um movimento ativo no Brasil para as moradias assistidas e independentes.

Cheak-Zamora e colaboradores (2013) afirma que Jovens com TEA têm dificuldade em acessar os serviços de saúde e que a transição para a vida adulta é feita sem os apoios necessários. A pesquisa mostra que menos de um quarto dos jovens com autismo recebem serviços de cuidados à saúde adequados em comparação com a metade dos jovens com outras necessidades de cuidados especiais, como asma ou diabetes. Semelhante é a transição educacional, profissional ou social, também necessárias para ajudar os indivíduos com TEA a se tornarem mais funcionais e independentes.

A mesma autora diz que quase metade dos jovens autistas têm condições médicas, além da dificuldade em se comunicar e problemas comportamentais associados ao TEA, tais como distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, ou convulsões. Estas condições aumentam a dependência dos jovens no sistema de saúde e da sua necessidade aos serviços especializados.

Shattuck (2013) realizou um estudo, onde concluiu que jovens adultos com autismo são mais propensos a não ter amigos, e não serem convidado para atividades sociais. A pesquisa examinou a participação social entre os jovens adultos com autismo e comparou-a com outras pessoas com outros tipos de deficiência, tais como deficiência mental, distúrbios emocionais / comportamentais ou dificuldades de aprendizagem. Os resultados do estudo

---

<sup>16</sup> As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) dão suporte às atividades de vida diária em casa ou na comunidade e que, frequentemente, exigem interações mais complexas que as Atividades de Vida Diária (AVD).

durante um período de um ano foram: quase 40% dos jovens autistas nunca se reuniu com amigos; 50% nunca recebeu telefonemas ou convites para atividades; e 28% era socialmente isolado, sem qualquer contato social.

As pesquisas sobre o TEA na adolescência e juventude com foco em sua inclusão social ainda não são muitas, mas como qualquer outro indivíduo em transição para a fase adulta, deve-se imaginar que encontra-se em uma fase complicada, com mudança no corpo, questões de transformação biológica, acarretando possível agressividade, com dificuldade de se encaixar no grupo, de manter contato e fazer amizade, o autocuidado, entre outros.

Após a fase escolar, cumprida sem grande êxito, o jovem inicia uma nova etapa, que, no Brasil, é cercada de incertezas, com opções escassas de inserção social. As limitações e falta de autonomia fazem com que essas pessoas construam vínculos cada vez mais fortes de dependência com suas famílias e Estado (SCHALL; WEHMAN; MCDONOUGH, 2012 apud POPPE, 2013).

Suplino (2013) aponta o quão comum é encontrar adultos com TEA incapazes de realizar tarefas de autocuidado, devido a principalmente um entrave criado pela própria família, que não raro julgam que seus filhos não são capazes de realizar tarefas de forma independente e se antecipam a fazer tudo por eles.

Importante refletir que o resultado do trabalho com o adolescente autista provavelmente vai depender muito do seu comprometimento e das intervenções ocorridas ainda na infância. Infelizmente algumas famílias não têm condições de fornecer ao filho (a) o atendimento que necessita, principalmente nos casos de mulheres que ficam sozinhas, abandonadas pelos companheiros, e precisam trabalhar para prover o sustento da família, e não dispõem de tempo para levar o(a) filho(a) nos atendimentos multidisciplinares, mesmos os gratuitos.

O agravante de dependência instituído na infância, coloca também a escola num grande impasse, tentando encontrar tarefas condizentes à faixa etária e cumprir atividades acadêmicas bem distantes das realidades vividas pelos alunos, tornando as aulas enfastiosas e aumentando a frequência de comportamentos inadequados.

## 1.2 Desempenho ocupacional

O desempenho ocupacional é o campo principal de atuação da Terapia Ocupacional (TO), tendo como elementos as áreas de desempenho (ocupação), os componentes de desempenho e os contextos de desempenho. As áreas de desempenho se dividem em: 1) Atividades de Vida Diária - AVD - (cuidados pessoais, alimentação, mobilidade, socialização e comunicação); 2) trabalho e atividades produtivas (administração da casa, cuidados com outras pessoas, atividades educacionais e vocacionais; e 3) Lazer e jogos apropriados à idade. Os componentes de desempenho abrangem os aspectos sensoriomotores, cognitivos e psicológicos. Os contextos de desempenho envolvem dimensões temporais (idade, estágio de desenvolvimento ou maturação, estágio da vida e o grau da deficiência) e ambientais (físico, social e cultural) (PEDRETTI; EARLY, 2005; AOTA, 2014).

As autoras explicam que um desenvolvimento neurofisiológico adequado e um funcionamento integrado dos componentes de desempenho são fundamentais na realização de tarefas ou atividades ocupacionais nas áreas de desempenho; logo quando ocorre algo que comprometa qualquer aspecto do organismo do indivíduo, é fácil concluir que alguma(s) área(s) de desempenho será(ão) afetada(s).

Em suma, desempenho ocupacional é a habilidade de cumprir rotinas e desempenhar papéis e tarefas, com o objetivo de autocuidado, produtividade e lazer em resposta às demandas externas e internas ao indivíduo (CHAPPARO; RANKA, 1997; ZANNI et al., 2009).

A terapia ocupacional considera os indivíduos e seus papéis, exercidos a partir de suas ocupações, atividades e interações no seu ambiente. A partir daí, capacita para a realização de atividades de forma terapêutica, a fim de alcançar objetivos significativos e minimizar os efeitos da disfunção, que é o desequilíbrio das habilidades individuais, os desafios do meio e as dificuldades da tarefa. É necessário que tudo isso ocorra numa relação de parceria entre o indivíduo/família e o terapeuta ocupacional (HAGEDORN, 2001).

Para se identificar uma disfunção, basta que o indivíduo tenha perdido uma habilidade, ou sequer tenha aprendido um dia; ou que tenha uma reação emocional bloqueadora com relação à atividade; ou ambiente mal projetado, incompatível; ou o meio social estressante; ou a tarefa muito difícil ou as ferramentas impróprias. Já a incapacidade é a perda da aptidão física ou cognitiva, o que não impede uma vida funcional.

Outros conceitos importantes, quando se quer entender sobre funcionalidade e desempenho, é o de autonomia e independência. A autonomia é a aptidão ou competência para gerir sua própria vida e tomar decisões, valendo-se de seus próprios meios, vontades e/ou princípios; e a independência é a capacidade de realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); portanto é possível que uma pessoa seja autônoma sem ser independente (DIOGO, 1997).

Segundo FOTI (2005), as Atividades Diárias são divididas em duas áreas, que são: 1) Atividades de Vida Diária (AVD), que foi descrita como ABVD no parágrafo acima, mas neste estudo será usado a terminologia AVD; e 2) as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AVDs demandam habilidades básicas e abrangem tarefas de mobilidade funcional, cuidados pessoais, comunicação e administração de dispositivos ambientais (chaves, torneiras, interruptores, etc.); ao passo que as AIVDs requerem capacidades mais avançadas de solução de problemas, habilidades sociais e interações ambientais, como por exemplo a gerência doméstica e comportamento na comunidade.

O objeto de estudo da Terapia Ocupacional, o Fazer Humano, na prática terapêutica pode ser desenhado por alguns modelos de abordagem centrados na pessoa e baseados nos processos de mudança em prol da sobrevivência básica, pela manutenção de uma vida plena, do desenvolvimento de interesses, e do enfrentamento de desafios (HAGEDORN, 2001). Para delinear a prática nesta pesquisa, foi utilizado o modelo canadense de desempenho ocupacional, por possibilitar uma prática centrada na pessoa, e ter um objetivo principal de desenvolver uma mensuração dos resultados da intervenção, levando em consideração cinco elementos: a) méritos do indivíduo; b) visão do indivíduo como um todo; c) o modelo de desempenho ocupacional; d) o uso terapêutico da atividade; e) e as perspectivas de desenvolvimento.

De acordo com Hopkins (1993), as mudanças podem ocorrer paulatinamente, de maneira despercebida ou, na maioria das vezes, com consequências ameaçadoras e estressantes, exigindo do indivíduo uma capacidade de lidar com as intempéries e se recuperar, o que vai depender do quanto consegue se modificar em resposta. Tal anseio, dificilmente se concretiza de forma natural naquele indivíduo com padrões rígidos de comportamento, como é o caso das pessoas com TEA, que assim se edificaram até a fase adulta, ficando presas nas limitações criadas e nos hábitos resistentes às adaptações.

O processo de mudança proposto pela Terapia Ocupacional tem seus princípios de bases teóricas e científicas no desenvolvimento, aprendizado e adaptação humanos, estando todos estreitamente ligados. O desenvolvimento é uma sequencia pré-determinada, que

depende da maturação em consonância com o uso ativo do potencial conato para o aprendizado. A educação considera os aspectos fisiológicos, cognitivos e afetivos, bem como os efeitos do ambiente e técnicas de ensino para promover o aprendizado. A adaptação é a capacitação da pessoa para responder e manter as mudanças de acordo com as demandas da vida diária (HAGEDORN, 2001).

Ainda sobre a base teórica dos modelos práticos da terapia ocupacional, Hagedorn (2001, p. 128) fala:

A Terapia Ocupacional vê o indivíduo como um hábil e competente realizador de uma gama de papéis e ocupações adequados a sua idade, cultura e ambiente; cada processo contribui, de alguma forma, para a obtenção e manutenção de um desempenho com habilidade.

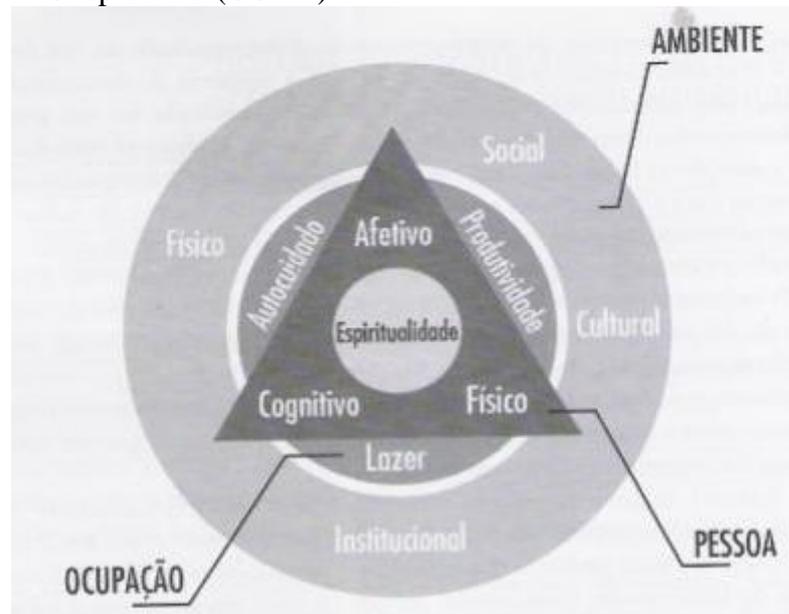
O modelo canadense de desempenho ocupacional foi desenvolvido em 1983 pela *Canadian Occupational Therapy Association e do Canadian Department of National Health and Welfare*, que revisaram a literatura disponível sobre os conceitos teóricos e filosóficos da terapia ocupacional, com o principal objetivo de desenvolver uma medida dos resultados da intervenção. Certamente a principal influência está nas bases conceituais da prática definidas por Reed e Sanderson em 1980 (McCOLL, 1994).

Os fundamentos conceituais do modelo para a prática da Terapia Ocupacional, estão resumidas a seguir, com base em Law et. al (1990): 1) pessoa como parte essencial, devendo ser visto de maneira global; 2) análise e adaptação da atividade para alcançar a mudança no desempenho; 3) considerar o estágio de desenvolvimento do cliente; 4) considerar as expectativas do papel do cliente na avaliação do seu desempenho por ele mesmo ou por alguém próximo, envolvido também no contexto.

Acredita-se que este modelo surgiu, na verdade, para simplificar e refinar a versão proposta por Reed e Sanderson (modelo de ocupação humana). Ambos organizam e estruturam as áreas, componentes e contextos de desempenho de forma bem similares. Provavelmente o modelo canadense de desempenho ocupacional tenha sido criado para dar embasamento a um instrumento de avaliação que define o tratamento com bastante clareza, que finalmente foi publicada em 1990 com a denominação de Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) para ser guia de terapeutas ocupacionais numa prática centrada no cliente. (HAGEDORN, 2001).

Abaixo, segue ilustração de como foi construído o modelo canadense de desempenho ocupacional.

Figura 2 - Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)



Fonte: CAOT, 1997

A figura 2 demonstra perfeita harmonia dos componentes de desempenho para acessar as áreas de desempenho e modificar o ambiente. Também é legítimo refletir que o equilíbrio proporcionado pelos contextos de desempenho, podem facilitar a ocupação e edificar o indivíduo.

O COPM caracteriza-se por ser uma medida individualizada, realizada através de entrevista semiestruturada, em que o sujeito pontua as atividades mais importantes em seu cotidiano que se encontra em dificuldade (POLLOCK et al., 2003; LAW et al., 2009). Na avaliação atribui-se um grau de importância a essas atividades, que varia numa escala de 1 a 10, de forma crescente. O terapeuta pontua, com o cliente, ou alguém inserido no processo (no caso de impossibilidade do cliente), os cinco principais problemas de desempenho ocupacional vivenciados, listando as atividades comprometidas conforme o grau de importância estabelecido. Em seguida, o sujeito auto-avalia seu desempenho e satisfação com esse desempenho também por meio de duas escalas de variação de 1 a 10 pontos para as respectivas tarefas funcionais (CALDAS, 2011), conforme explicado nas páginas 65 e 66.

### 1.2.1 Práxis

A práxis é uma habilidade exclusivamente humana e que exige consciência para conceituar, organizar e conduzir no patamar do Sistema Nervoso Central (SNC) e então conseguir interagir com o mundo externo. Assim como a linguagem, a práxis é aprendida a partir de funções cognitivas e do planejamento e, nesse caso, existe para construir interações (AYRES, 1985, 1989).

Durante a práxis, é importante identificar os componentes de ideação (propósito, intenção), planejamento e execução, que se dispõem como um esquema para a ação, como uma ponte entre a cognição e o sistema motor, de modo que é uma função tão superior que, para ocorrer, o indivíduo deve escolher uma estratégia para realizar uma tarefa. O conceito de práxis é semelhante ao constructo que define o que muito se ouve hoje sobre funções executivas, descritas como um sistema funcional neuropsicológico, composto por um conjunto de funções responsáveis por dar início e desenvolver uma atividade com um objetivo determinado. Tal sistema gerencia os recursos cognitivo-comportamentais com as finalidades de planejamento e regulação do comportamento (CYPEL, 2006).

A ideação é a capacidade de captar a ideia para permitir interação intencional com o ambiente. Depende de um processo cognitivo, interações anteriores, sequenciamento, intenção, imagens de metas, preparações motoras preliminares, conhecimento das funções do objeto, percepções sensoriais externas, atributos ambientais, linguagem interna e motivação (AYRES, 1989).

O planejamento é a capacidade de planejar e estruturar uma resposta adaptativa<sup>17</sup> proposital. Exige a ordenação de uma série de movimentos, e sinergia de movimentos sequenciais (planejamento motor) (MULDER, 1991).

A execução é a manifestação comportamental da práxis. Inicialmente exige planejamento motor, capaz de tornar-se automático com o aprendizado (AYRES, 1972).

Cypel (2006) explica que as funções executivas organizam as capacidades perceptivas, motoras e de inteligência dentro de um contexto, com o fim de: eleger um objetivo; decidir o início da proposta; planejar as etapas de execução; monitorar as etapas, comparando-as com o modelo proposto; modificar o modelo, se necessário; e avaliar o resultado final em relação ao objetivo inicial. Tais processos não estão presentes apenas durante um processamento

---

<sup>17</sup> Resposta adaptativa: resposta adequada ao desafio do meio ambiente (AYRES, 1972)

cognitivo, mas são requeridos também em decisões pessoais, e interações sociais, envolvendo, entre outros aspectos, desejo e motivação, abrangendo dessa forma, o comportamento pessoal e social (LEZACK et al., 2004).

O desenvolvimento da práxis influencia diretamente o desempenho ocupacional dos indivíduos, e exige três habilidades básicas, que são as de processamento sensorial, as habilidades motoras e as cognitivas. O processamento sensorial ocorre a partir do desenvolvimento de um mapa sensorio motor do corpo no SNC, essencial para promover a interação com o meio ambiente. As habilidades motoras básicas alicerçam a prática de habilidades mais complexas, até o ápice da práxis ocupacional. A cognição inclui intenção, antecipação, causa e efeito, relações com o objeto e habilidades ideacionais; sendo que a cognição aparece no primeiro ano de vida e segue orquestrando comportamentos organizados e ocupações significativas, como por exemplo comer, fazer atividade escolar, cozinhar, etc. (BLANCHE, 1999).

De acordo com as definições acima, vê-se que práxis e funções executivas cursam em estreita concordância.

Já nos primeiros seis meses de vida o desenvolvimento se imbuí dos aspectos sensoriomotores, essencialmente, que se inicia com maior controle muscular, e onde aparece a intenção, antecipação a uma ação e interesse pela imitação. Até os 12 meses, há o refinamento da discriminação sensorial, da intenção, capacidade de causa e efeito, entendimento de permanência de objeto, relação entre dois objetos para a construção de algo, percepção espacial, planejamento motor básico e motor oral para início da produção das palavras. Por volta dos 24 meses, a criança já tem algumas competências ideacionais, organização do comportamento, e já imitam várias coisas e já tem melhores habilidades motoras grossas. Com 36 meses ou mais, o indivíduo tem capacidade de administrar várias ações para um padrão significativo de comportamento coordenado, considerando que as habilidades ideacionais estão mais lapidadas (BLANCHE, 1999; WHITE, 1975; FERSON, 1985).

Em idade escolar, a práxis é fundamental para a aquisição da escrita, a prática de esportes, raciocínio matemático, habilidades acadêmicas, organização do comportamento escolar e social, autoconceito (entendimento de suas competências escolares e sociais) (PARHAM, 1998).

Na adolescência, a práxis continua auxiliando no autoconceito e no comportamento no tempo e no espaço (habilidades motoras e sociais refinadas, como por exemplo, conduta esportiva, inclusão no mercado de trabalho como estagiário ou jovem aprendiz aplicável no Brasil) (BLANCHE, PARHAM, 1998).

Pessoas com TEA têm as habilidades gerais de imitação bastante prejudicadas, tanto no que se refere aos gestos, quanto a imitação orofacial e de ações com objetos. A imitação corporal ou facial prevê o desenvolvimento da linguagem simultaneamente, ao passo que a imitação de ações com objetos prevê o desenvolvimento do brincar funcional, logo é identificável sua dificuldade na práxis e no desempenho ocupacional, sendo estes fortes indicadores do diagnóstico (ROGERS et. al, 2003; STONE et. al., 1997; DZIUK et. al., 2007).

### 1.3 Interação e comunicação

Sobre as origens culturais do conhecimento, uma das facetas da evolução social, existe um enigma e hipótese, que se inicia com a reflexão de três espécies: *Australopithecus*, *Homo*, e *Homo sapiens*, segundo quadro abaixo (PIERCE, 2003):

Quadro 1 - Demonstrativo de evolução do conhecimento através da interação e comunicação.

<i>Australopithecus</i>	<i>Homo</i>	<i>Homo Sapiens</i>
≤1,20 m de altura	Fisicamente maior	Fisicamente > Homo
Cérebro de macaco	Cérebro maior	Cérebro > Homo
Não dispunham de ferramenta de pedra	Fazia ferramentas de pedra	Produziam ferramentas para fins específicos ⇒ manufatura
		Uso de símbolos para comunicação ⇒ escrita, dinheiro, matemática, arte.
		Práticas e organizações sociais

O autor raciocinou baseado no material genético de humanos e chimpanzés, leões e tigres, cavalos e zebras, e percebeu que apenas os humanos e macacos haviam se distanciado abismaticamente na evolução, gerando portanto um enigma de tempo, pois seis milhões de anos (tempo de evolução entre o *Australopithecus* e o *Homo sapiens*) é pouco para justificar tamanha diferença!

A explicação encontrada está na transmissão cultural, própria da espécie humana, dotada de inteligência para fazer uma economia de tempo, esforços e riscos, através de uma transmissão cultural pelo o que ele chamou de "efeito catraca", que significa que o conhecimento é transmitido através de interações e comunicações ao longo de gerações, de forma tão complexa que era capaz de lançar a informação aperfeiçoada para o século atual. Isso ocorre porque, com a competência humana de interagir e comunicar, o conhecimento não precisa ser reaprendido a cada época, uma vez aprendido, o dever dos descendentes passa a ser o de torná-lo ainda melhor, de acordo com os ditames da época, perpetuando assim, habilidades dos co-específicos.

A aprendizagem cultural humana pode se dar por imitação, por instrução ou por colaboração, corroborando com a importância da interação e comunicação.

Ao pensar em comunicação, logo se imagina palavras sendo articuladas em direção a um canal auditivo num sistema discreto, linear, porém o verdadeiro sentido da comunicação se refere ao processo pelo qual a informação é trocada entre indivíduos através do comportamento verbal e não verbal, de modo a influenciar criativa e dinamicamente as ações dos interlocutores, através do processo contínuo de co-regulação e enquadres consensuais (FOGEL, 1993).

Quanto à interação social e linguagem, Borges e Salomão (2003) falam sobre a “teoria da interação social”, afirmando que os pais apresentam uma forma especial de falar aos seus filhos, ajustada ao nível de compreensão e interesse da criança. Tudo começa a partir da “*motherese*” (Fala manhês da mãe à criança), que vai levando à protoconversaço, atenção continuada, diretividade, expansão, onde ocorre o enriquecimento ou correção do enunciado infantil a partir da repetição do adulto. Essa comunicação vai se incorporando em sintonia de modo a assumir significado e significante e alcançando a linguagem pragmática, a qual está enraizada em todas as atividades funcionais do indivíduo.

Apesar da hegemonia da fala, a comunicação evocada pelos cinco sentidos naturais nunca perdeu o seu valor; como bem pontuou Blackstone (1996), “existe uma constante troca de informações mesmo quando não há intenção de fazê-lo”. Essa amplitude acontece porque a comunicação transcende as habilidades do hemisfério esquerdo do cérebro, e se aproveita também da riqueza cognitiva do hemisfério direito, onde se pode sentir, observar e interpretar nuances do olhar, de expressões faciais, e dos significados embutidos em outra forma de se expressar, que nem sempre é condizente com as palavras faladas.

Para Wing e colaboradores (1982), a comunicação tem um fim mais amplo que linguagem. A comunicação inclui uma variedade de sinais, que podem ser empregados para

estabelecer um diálogo, para facilitar a relação com o outro e pode ser comunicação verbal e não-verbal.

A linguagem surgiu para servir à comunicação, que ao longo da evolução humana, foi ganhando elementos simbólicos cada vez mais complexos e completos para representar ideias sobre o mundo, de acordo com as convenções sociais de cada nicho cultural. De fato, isso atribuiu um valor incontestável à linguagem falada e escrita, mas estas são apenas alguns veículos possíveis da linguagem (BLOOM, 1978; NUNES, 2004).

Tudo isso é aprendido muito cedo por meio de emoções e estímulos percebidos pela criança, e esta vai construindo em sua memória, um banco de dados do significado dessas representações a partir de como as pessoas a sua volta expressam seus desejos e/ou reações frente a seus comportamentos, num jogo natural de empatia, proporcionando mecanismos de auto-regulação e adaptação social (ASSUMÇÃO; SPROVIERI; KUCZYNSKI, 1999).

De acordo com Schwartzman (1995), Frith (1995), Fernandes (1996) e Monfort (1997), os indivíduos com TEA demonstram alterações graves na comunicação, que podem advir de respostas anormais a estímulos auditivos ou visuais e/ou por problemas de compreensão da linguagem falada. Muitas vezes eles permanecem não verbais por toda a vida, e, quando aparece, apresenta ecolalia, pronomes na terceira pessoa, utilização de estrutura gramatical imatura e dificuldade para usar termos abstratos, afetando por fim a utilização social tanto da linguagem verbal e não verbal.

Frith (1995) relata que em muitos estudos a linguagem pragmática (linguagem com o objetivo de comunicar) é uma das principais dificuldades do TEA, e por conta disso vários estudos sobre programas de comunicação para pessoas com autismo têm sido desenvolvidos desde os anos de 1960 na forma de linguagem falada, linguagem de sinais, cartões com figuras e pranchas de comunicação. Sob esse aspecto, Kiernan (1983) afirmou que sinais e símbolos se usados na comunicação, podem levar ao desenvolvimento de habilidades comunicativas de maior complexidade e até mesmo o desenvolvimento da fala.

### 1.3.1 Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA)

A CAA é uma parte da Tecnologia Assistiva<sup>18</sup> a remediar a incapacidade ou deficiência do indivíduo com algum distúrbio de comunicação. É ampliada, quando o recurso

---

<sup>18</sup> Área responsável em oferecer serviços e recursos a pessoas de todas as idades que tenham necessidades especiais devido a dificuldades motoras, sensoriais, cognitivas ou de comunicação (PELOSI, 2010).

é utilizado de forma a auxiliar ou complementar deficiências que a fala apresenta, mas sem substituí-la totalmente; e é alternativa, quando o indivíduo utiliza outro meio para se comunicar ao invés da fala, devido à impossibilidade de articular ou produzir sons adequadamente. A CAA pode se configurar em uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, o uso de pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, até o uso de sistemas sofisticados de computador com voz sintetizada (GLENNEN, 1997; NUNES, 2003).

Os recursos podem ser de baixa ou alta tecnologia. Entende-se por recursos de baixa tecnologia aqueles que são desenvolvidos com materiais de baixo custo, como por exemplo, as pranchas de comunicação (SOUZA, 2003). Os de alta tecnologia nos permite também a utilização de vocalizadores (pranchas com produção de voz) ou do computador, com *softwares* específicos, garantindo grande eficiência na função comunicativa (BERSCH; SCHIRMER, 2005). Atualmente, vale citar também a grande influência que o fácil acesso aos *tablets* e *smartphones* trouxe para que sejam usados como recursos de alta tecnologia.

A CAA teve início no Brasil em meados da década de 1970 com o uso do método Bliss por estudantes com deficiência motora, porém sem alterações cognitivas, tornando possível o uso desse sistema bastante simbólico e abstrato. Somente na década seguinte as escolas especiais começaram a utilizar alguns sistemas com fotos e figuras também nas escolas que atendiam pessoas com autismo. Nos anos de 1990, a CAA começou a ser implementada no campo científico, passando a ser pesquisada e apontando grande vantagem no seu uso em diferentes contextos (WALTER, 2009).

Segundo a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA, 1989) a CAA compensa o déficit de linguagem, temporária ou permanente, do indivíduo com problemas na comunicação expressiva, a fim de complementar a comunicação já existente do indivíduo para que ele desenvolva e atinja seu ápice de comunicação.

Diante desse conceito, e levando em consideração a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) de Vygotsky (1987), pode-se pensar que a CAA se transforma em um gatilho para expandir o aprendizado da linguagem, a partir do potencial que naturalmente já existe no sujeito, mesmo que ele não tenha a fala.

A ZDP consiste na distância entre o nível atual de desenvolvimento do indivíduo, determinado pela sua capacidade de resolver problemas sozinho, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da resolução de problemas com a intervenção de adultos ou em colaboração com os pares mais capazes, ocorrendo portanto uma janela de oportunidade para a aprendizagem, sendo necessário que facilitador (professor, terapeuta,

cuidador, par) a prepare e conceba e ponha em prática tarefas de ensino e aprendizagem que potenciem essa janela (FINO, 2001; CHAIKLIN, 2011).

Com base no design traçado nas pesquisas sobre o TEA e CAA, observa-se que há muitas pesquisas relevantes na área (realizadas por Deliberato (2009), Nunes (2008), Pelosi (2008), Schirmer (2007), Togashi (2014), Walter (2007)), mas ainda terreno fértil para pesquisas futuras. A maioria trata da inclusão escolar de crianças com TEA; muitas dessas crianças apresentam déficits comportamentais graves, e importante dificuldade de comunicação, fazendo-as eleitas ao uso de CAA.

Embora seja inconteste o valor da CAA para a linguagem expressiva, conforme informou ASHA, em 1989, Cafiero (2001) sugeriu que o uso da CAA pode favorecer a linguagem receptiva, organização de rotina e modulação do comportamento, inclusive o mapeamento visual, sugerido por ele, se coaduna com o processamento sensorial dos indivíduos com TEA, já que estes tendem a buscar estímulos visuais.

Carr e Felce (2007) afirmam que a recepção visual tem sido destacado como um elemento forte capaz de estimular a linguagem em sua amplitude; e levando em consideração que a criança autista não é movida por atrativos usuais que permeiam o processo comunicativo, sugerem a incorporação do ensino aos contextos mais naturais possíveis de atividades da criança, os quais receberão pistas indicadoras e fomentadoras da promoção do ato de comunicar.

Uma revisão da literatura sobre Sistemas Alternativos de Comunicação (SAC), descreveu que um tipo de CAA amplamente utilizado na intervenção comunicativa em crianças com autismo é a linguagem de sinais, que envolve interação sistemática, rigorosa e intensiva, ensinada individualmente. Inicia-se com a escolha de reforçadores e estruturação do ambiente, de forma que o indivíduo não tenha acesso fácil àquilo que ela deseja, para que associe a realização do sinal correspondente ao acesso do elemento desejado. Este ensino dos sinais é realizado através de um processo de modelagem completo, proporcionando toda ajuda física necessária para fazer o sinal com as mãos, que tão logo o indivíduo vá conseguindo a independência, essa ajuda vai saindo de cena. Essa forma de comunicação é bastante utilizada durante a terapia ABA (Applied Behavior Analysis) (SOTILLO; RIVIÈRE, 1997; CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Um sistema que destaca bem tais objetivos de linguagem receptiva e expressiva de maneira bem estruturada, foi criado por Frost e Bondy em 1994. O PECS foi pensado para facilitar a comunicação da criança com TEA, através de troca de figuras por itens desejados, mas não de forma robótica, sem motivação, sem a lógica natural do dia-a-dia. Também não se

trata de um instrumento engessado a ser construído numa dimensão alfabética. Ele serve para prover a comunicação com a maior espontaneidade possível e, com a evolução da linguagem, promover até mesmo construção de sentenças, comentários mais robustos e respostas mais completas (WALTER, 2000).

Bondy e Frost (1994) obtiveram grandes resultados com o uso do PECS, inclusive com a maior parte dos indivíduos da pesquisa conseguindo adquirir a fala. Para os autores, a linguagem de sinais, assim como outros sistemas que utilizam o apontar, não dá a certeza da obtenção da atenção comunicativa, e se perguntaram se eles respondem somente quando o treinador faz uma pergunta (e.g. “O que você quer?”), e ainda observaram que ao apontar para a figura, muitas vezes os indivíduos com autismo estavam olhando para outra coisa que não fosse referente ao objeto ou ao parceiro com quem pretendia comunicar, duvidando da interpretação do “apontar” como uma resposta comunicativa.

Em 2013, pesquisadores da Universidade de Birmingham, na Inglaterra, realizaram uma meta-análise de mais de 200 artigos publicados e mais de 60 estudos de intervenção para avaliarem estratégias para incentivar as crianças com TEA a falar. Eles descobriram que a comunicação baseada em imagem é um método eficaz de obter interação das crianças não-verbais e, finalmente fazê-las falar. Neste tipo de intervenção, as crianças podem trocar figuras com outras pessoas, a fim de pedir as coisas, ou fazer comentários. O método de imagem é melhor a incentivar a fala em crianças que possuíam, pelo menos, habilidades verbais mínimas, mas mesmo as crianças não-verbais podem usar o sistema para se comunicar. Nesse mesmo estudo houve pouca evidência de que as crianças melhoraram as suas habilidades de comunicação, utilizando apenas a linguagem de sinais, evidenciando as observações de Bondy e Frost (McCLEERY, 2013).

Um estudo de Walter (1998) mostrou algumas adaptações do PECS (BONDY; FROST, 1994) ao Currículo Funcional Natural<sup>19</sup> (LEBLANC, 1991), sugerindo a redução do número de fases e algumas alterações no arranjo ambiental, inclusive formas de portar o álbum de comunicação. A autora apresentou resultados positivos nos padrões de comunicação, como por exemplo a aquisição de algumas palavras e gestos, bem como desenvoltura para solicitar o item desejado nas diferentes situações de vida diária e prática, então nos estudos que se seguiram sobre o assunto, Walter (2009) concluiu que o PECS-Adaptado colaborou no processo de inclusão escolar e social.

---

<sup>19</sup> O Currículo Funcional Natural é um amplo empreendimento de ensino projetado para oferecer oportunidades para os alunos aprenderem as habilidades essenciais para a sua independência e produtividade. O assunto será melhor apresentado no item 1.4

No decorrer do subcapítulo sobre interação e comunicação, foi possível ver que a dimensão comunicativa não é limitada. É necessário assumir todas as vias possíveis para que a comunicação ocorra, sendo muito importante a iniciativa no intercâmbio e, sobretudo, que o próprio ato interativo seja prazeroso, o que é um desafio em uma criança com TEA.

O PECS de Bondy e Frost (1994), usualmente são aplicados em ambientes extremamente estruturados, com fases rígidas e conduta inflexível na forma de como seguir um *script*. Do outro lado, os pressupostos do Currículo Funcional Natural (LeBlanc e Mayo, 1999), primam pela importância de se ensinar em ambientes naturais e em diferentes contextos. Os dois sistemas, portanto, parecem incompatíveis, mas as pesquisas de Walter (1998, 2000, 2006, 2009) conseguiram resolver a incompatibilidade com resultados concretos e coerentes com a realidade do Brasil.

GANZ et. al. (2005) defendem que um sistema eficaz de comunicação para estudantes com TEA envolve o uso de uma abordagem multifacetada, que incorpore uma variedade de estratégias de práticas eficazes. É necessário que esteja relacionado às demandas do indivíduo, tornando-se obvio uma proposta personalizada e naturalística.

A respeito do tripé proposto por esse estudo: CAA, TEA e desempenho ocupacional, algumas pesquisas foram levantadas para entender as potencialidades encontradas até então no uso da CAA em indivíduos com TEA.

Desde a publicação do PECS de Bondy e Frost (1994), as pesquisas sobre esse sistema e indivíduos com TEA foram ganhando volume.

Flippin, Reszka e Watson (2010) realizaram uma revisão da literatura sobre os efeitos do PECS usados por crianças com TEA, entre 1994 e junho de 2009, e apontaram que o PECS se apresentou como uma forma de intervenção eficaz, com ganhos na comunicação e uma relativa falta de literatura acerca do PECS, gerando preocupações sobre manutenção e generalização no seu uso.

Mizael e Aiello (2013) revisaram as literaturas brasileiras e estrangeiras sobre intervenções com o PECS publicadas no Brasil. Quatro artigos foram encontrados na literatura estrangeira e seis na literatura brasileira e mostraram que o PECS parece ser efetivo no ensino da comunicação a indivíduos com autismo ou com pouca fala funcional.

Poucas são as referências que revelam relação entre a CAA e jovens com TEA.

Ferreira e colaboradores (2010), realizaram um estudo, onde através do PECS - Adaptado e fala sintetizada, ampliaram as habilidades pragmáticas<sup>20</sup> de um adulto com autismo.

Walter e Almeida (2010) avaliaram os efeitos de um programa de CAA (ProCAAF) no contexto familiar de adolescentes com autismo, registrando as modificações ocorridas no comportamento comunicativo dos familiares com seus filhos. Os resultados demonstraram que as mães aprenderam a utilizar a CAA com seus filhos no contexto familiar, conseguindo suprir algumas das prioridades comunicativas determinadas previamente (WALTER, 2010).

Sobre o uso de CAA com crianças com TEA, no contexto escolar, já é possível encontrar mais pesquisas.

Os estudos sobre o PECS - Adaptado seguiram e o sistema já foi utilizado por Togashi, Walter e Lima (2012), em contexto escolar, com capacitação de professores de Atendimento Educacional Especializado (AEE). Duas professoras realizaram o atendimento em sala de recursos e foram acompanhadas com sessões videografadas. Os resultados apontaram para aumento no padrão comunicativo dos dois alunos participantes e apontaram para uma eficácia no uso desse recurso de CAA.

Togashi (2014) realizou um *Follow-up* da pesquisa de 2012 para verificar a continuidade do uso do sistema PECS-Adaptado por um aluno com TEA e a professora de AEE em sala de recursos, e descobriu que houve continuidade do uso do PECS-Adaptado pela professora de sala de recursos e um avanço no desempenho do aluno até a fase 4. Nesta mesma pesquisa, a autora analisou as interações comunicativas do mesmo aluno com TEA em ambiente de sala de aula regular, verificando os efeitos da utilização de um sistema de CAA no contexto escolar. Concluiu que houve maior interação comunicativa do aluno com a estagiária na fase de intervenção, e efetivação do uso da CAA em sala de aula, ampliando a sua possibilidade de comunicar-se com seus pares em contexto escolar.

Olmedo (2015) realizou um estudo que buscou estruturar, implementar e avaliar um programa de formação de professores e mediadores da educação infantil em CAA (PECS - Adaptado). Os resultados mostraram melhora da interação comunicativa entre os profissionais e as crianças e modificou de forma positiva a prática dos educadores.

Outros autores brasileiros consagrados na pesquisa sobre CAA, publicaram estudos na educação de crianças com TEA, como é o caso de Nunes e Nunes Sobrinho, 2010; Walter e Nunes, 2013.

---

<sup>20</sup> Pragmática é o ramo da linguística que analisa o uso concreto da linguagem. O sentido de tudo está na utilidade, no efeito prático que os atos da fala podem gerar.

Até o momento, não foram encontrados estudos que relacionem o uso da CAA para promover o desempenho ocupacional de jovens com TEA.

#### **1.4 Currículo Funcional Natural (CFN)**

O CFN teve origem no Currículo Funcional (CF), criado nos anos de 1970, por um grupo de pesquisadores da Universidade do Kansas voltado a crianças típicas de quatro a cinco anos, para que estas desenvolvessem habilidades dentro de seu ambiente e agissem com mais independência e criatividade. Para isso, deveriam buscar o aumento de respostas adaptativas e diminuir os comportamentos que impedissem a integração (SUPLINO, 2009).

Segundo a mesma autora, na década de oitenta, uma parceria entre Liliana Mayo e Judith LeBlanc, modificou e adaptou o currículo para trabalhar com pessoas com TEA e outros transtornos do desenvolvimento, rebatizando-o de Currículo Funcional Natural (CFN), ou Currículo para a vida.

De acordo com LeBlanc (1991), o CFN propõe objetivos educacionais para ensinar coisas realmente úteis para a vida do aluno a curto e médio prazo, num ambiente natural de ensino e com os procedimentos o mais próximo possível do real.

Judith LeBlanc e Liliana Mayo, defenderam que os currículos voltados à aquisição de habilidades pré-acadêmicas e acadêmicas, não levam em consideração as competências úteis para a vida, com todo o contexto social e cultural imanente. Já o CFN prima pela autonomia e independência máxima nas atividades do dia-a-dia, nas de lazer, e nas que precisam desenvolver em seus empregos com ou sem apoio. Esse feito busca o regozijo em aprender coisas novas, ou as mesmas coisas de outra forma, com mais cabimento por fazer parte de sua realidade e estar repleta de incentivo e afeto (WINDHOLZ, 1995).

O Centro Ann Sullivan do Brasil é uma escola que atende pessoas com Autismo e outras deficiências. Está ligado ao Centro de Educação Especial Ann Sullivan del Peru e ao Life Span Institute, da Universidade do Kansas (USA), numa corrente internacional de educação pluralizadora, com o objetivo de acompanhar o aluno, partindo do que ele já traz de sua vida, e assim, ajudá-lo a se organizar, fugindo portanto de outros programas guiados pela idade mental e a deficiência apresentada pelo aluno. Tal fato caracteriza claramente o ensino sob a diretriz do Currículo Funcional Natural, já que está voltado para as necessidades reais e habilidades que podem ser aprendidas, no desempenho de tarefas cotidianas (WALTER,

2000), e que a pesquisa agora apresentada entende como uma alusão ao funcionamento ocupacional nas AVDs e AIVDs do aluno, configurando-se essencialmente no objeto de estudo que delinea a Terapia Ocupacional.

Além de funcional e natural, o CFN deve ser divertido, e com o menor número de erros possível. A funcionalidade deve ser determinada a partir de fatores culturais e necessidades familiares e individuais, ultrapassando a execução simples de AVDs, pois avança numa perspectiva de selecionar o que de fato é importante para a vida do aluno e de sua família, então cabem as perguntas: O que ensinar? Isso terá utilidade? O ensino natural é caracterizado pela coerência na escolha das atividades e o momento adequado para ensinar, bem como o ambiente propício. O reforço social é utilizado através de elogios, afagos, sorrisos, acreditando que esta é a forma mais efetiva e rápida de conseguir estabilidade na aquisição. O ensino deve ser divertido e isso deve ser o maior reforçador, pois aprender deve ser prazeroso. O aluno deve ser persuadido a querer aprender e o processo também deve ser igualmente bom para o professor/instrutor. A aprendizagem com pouco ou nenhum erro é importante para não suscitar frustrações, logo é fundamental prever as possibilidades de erros antes que ocorram (LEBLANC, 1992).

Os princípios norteadores para a aplicação do CFN e que serviu de direção para o presente estudo são: 1) ter o aluno como centro (deve ser tratado com qualquer outra pessoa gostaria de ser); 2) concentração nas habilidades (a capacidade deve ficar em primeiro plano e os comportamentos inapropriados no pano de fundo); 3) todos podem aprender (cabe ao professor/instrutor analisar a melhor forma de ensinar); 4) Participação da família no processo de aprendizagem (pais são os melhores professores) (SUPLINO, 2009).

Cuccovia (1997), investigou os efeitos do programa de CFN no Centro Ann Sullivan do Brasil - Ribeirão Preto, a partir da avaliação de dois adultos com TEA associado a deficiência mental severa, priorizando seus níveis de interesse e habilidades. Os resultados demonstraram que os interesses estão intimamente relacionados ao desempenho, e que os participantes diminuíram a necessidade de apoio no final da performance. Ambos os participantes aumentaram o repertório de interesses e habilidades.

Suplino (1998) realizou um estudo com duas crianças com TEA a partir da utilização do CFN em sala de aula, nas dependências de uma escola no Rio de Janeiro. Houve capacitação das professoras baseada na expectativa familiar. Os resultados mostraram que a utilização do CFN produziu efeitos positivos sobre as variáveis comportamentos desadaptativos, e modo de execução das tarefas.

Uma pesquisa de Giardineto (2009) teve o objetivo de analisar as possibilidades de contribuição do programa CFN como meio auxiliar na participação de 4 alunos com TEA em sala de aula comum, contando com um professor de escola especial que adota o programa CFN na educação de alunos com autismo; quatro professoras das escolas públicas municipais e particulares responsáveis por classes comuns e seus alunos com autismo matriculados no ensino regular. Não foram encontradas diferença significativa nos resultados entre o comportamento dos alunos das escolas públicas municipais que não receberam o apoio do CFN e o comportamento do aluno da escola regular particular que recebeu apoio do CFN, sugerindo que a inclusão desses alunos é possível, mas que muitos aspectos do CFN se assemelhavam aos trabalhos já realizados na educação infantil, sendo mais necessário aplicação do programa nas séries mais avançadas, onde as demandas curriculares são diferentes.

### **1.5 Formação de profissionais e orientação familiar**

Em virtude da complexidade do diagnóstico de TEA, especialmente no que se refere às dificuldades de inclusão escolar e social, como já descritos anteriormente, vê-se a necessidade de que os profissionais (saúde e educação) e cuidadores, precisam ser devidamente ouvidos e capacitados para que consigam desempenhar seus papéis com competência e segurança.

Os pais costumam desempenhar o papel mais eficaz na estimulação do desenvolvimento da criança, mas comumente ignoram grandes oportunidades de aprendizagem, fato este ainda mais forte no caso da educação dos filhos com autismo (NUNES, 2010).

Nunes e colaboradores (2013) realizaram um estudo com uma mãe e seu filho com TEA, a fim de aumentar a responsividade entre eles durante rotinas de cuidados pessoais da díade, através de um programa de capacitação. Os resultados alcançados mostraram oscilação de resposta dos participantes, aludindo que o nível de responsividade é afetado pela natureza da atividade (ex. interações na hora do almoço é diferente da hora do banho).

Sen e Yurtsever (2007) afirmaram que o prejuízo no construto físico e mental pode refletir o elevado nível de angústia e sofrimento vivenciados pelo cuidador frente às limitações da pessoa com TEA e a sobrecarga imposta pela atribuição de cuidar da criança ou

adolescente com autismo. Pacientes com TEA têm necessidade de cuidados especiais por sua dependência para a realização de habilidades de vida diária, pela dificuldade de comunicar e expressar seus desejos, e pela necessidade constante de monitorização, o que exige maior grau de atenção do responsável.

Associações de pais têm se mobilizado para promover a aprovação de leis, que favoreçam um atendimento adequado ao autismo. A lei brasileira de 2012 "Berenice Piana" (nº. 12.764) institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, que menciona o "incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com TEA, bem como pais e responsáveis" (LAMPREIA, 2013).

A criação de leis não passa de estratégias para tentar suprir as necessidades que gritam atenção, mas não garante a sua execução conforme foram projetadas, pois vai depender da formação profissional de base e cuidado paralelo constante aos pais, que são os principais cuidadores, normalmente.

Corrêa Netto (2013) alerta sobre a urgência da formação e capacitação dos profissionais, a fim de facilitar o manejo com os indivíduos com TEA, e sugeriu a adoção do ensino colaborativo para viabilizar subsídios teórico-práticos aos profissionais.

Sobre ensino colaborativo, Maia e colaboradores (2013) apresentou um acordo de cooperação entre uma escola especial e a Secretaria de Educação de São Paulo, que consistia na formação de equipes colaborativas e estagiários mediadores. Houve 242 inscritos, mas 202 persistiram, e os resultados apresentaram que os participantes tinham informação insuficiente sobre os assuntos, bem como as necessidades especiais dos alunos. O interesse dos participantes foi grande, pela aplicabilidade e pelo reconhecimento que buscavam no exercício de seus trabalhos, inclusive respaldando a intenção destes para a replicação do conhecimento adquirido entre as famílias e comunidade escolar.

Mendes (2006) aponta como fundamental a colaboração entre pais, educadores e outros profissionais especializados para viabilizar a resolução de problemas dos alunos e para o desenvolvimento de todos os envolvidos.

Olmedo (2015) realizou uma pesquisa com o objetivo de estruturar, implementar e avaliar um programa de formação de professores (4) e mediadores (2) da educação infantil em CAA (PECS-Adaptado), destinado à crianças (3) com TEA, de uma creche pública e verificar os efeitos deste programa nos participantes em situações interativas. Os resultados mostraram melhora na interação comunicativa entre os profissionais e as crianças e modificou de forma positiva a prática dos educadores.

Lira e Walter (2014), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a capacidade de educadoras de uma escola de educação infantil em identificar sinais sugestivos de Déficit de Processamento Sensorial, bem como observar se estas conseguiriam intervir após o reconhecimento destes sinais. Como resultado foi possível concluir que após a capacitação, as educadoras puderam identificar e intervir adequadamente diante de seus alunos que elas haviam identificado.

Em 2015, as mesmas autoras apresentaram um trabalho que visou contribuir para atualização de 44 profissionais de saúde e educação, da região de Belém (PA) e adjacências, acerca da interação e comunicação humana de forma a facilitar a identificação correta da necessidade do uso de recursos de CAA, bem como no planejamento para emprego adequado dos diferentes sistemas disponíveis de acordo com os quadros de deficiência. Os resultados mostraram que 86,05% dos participantes relatou que trabalhava com pessoas com alguma deficiência, mas desse universo, 35% não havia frequentado nenhum curso ou disciplina sobre Educação Especial e 55% nunca havia trabalhado, nem frequentado cursos sobre CAA ou Tecnologia Assistiva (TA). Do universo de quinze participantes que afirmaram já ter feito algum curso na área de TA e CAA, nove não responderam corretamente à pergunta sobre o conceito e principal objetivo do assunto em questão. A partir dos resultados obtidos após a intervenção (capacitação), foi possível concluir que o curso, apesar da carga horária curta de 16 horas, favoreceu para uma melhor reflexão dos participantes acerca da CAA, para a identificação correta da necessidade do uso dos diferentes recursos, bem como para o planejamento adequado dos diferentes sistemas disponíveis, de acordo com os quadros de deficiência. Os dados colhidos através de questionários levaram a confirmar a hipótese de que os cursos de formação sobre o assunto devem ter um embasamento teórico claro acerca da importância da interação e comunicação como unidades indivisíveis, e não apenas se limitar à confecções de pranchas aleatoriamente, sem dar o embasamento de diagnóstico terapêutico ou pedagógico. Também houve indicação de necessidade de uma formação continuada, com discussões mais frequentes sobre os casos reais de sala de aula. Os participantes ficaram satisfeitos com o curso e pensam em aplicar a CAA com seus alunos ou pacientes, mas sinalizaram a necessidade de supervisão ou ao menos trocas maiores em ambientes em que pudessem expor suas dificuldades.

Desta maneira, a presente pesquisa, traz uma proposta de intervenção e análise da intervenção dos instrutores de uma clínica com jovens, diagnosticados com TEA, fazendo por fim, uma reflexão acerca das possibilidades de generalização do trabalho para o ambiente doméstico.

Entendendo que é de grande necessidade a extensão dos estudos sobre CAA e TEA, e levando em consideração que esses pacientes crescem, e em muitos casos ocorre a persistência das comorbidades comportamentais e de interação/comunicação, o presente estudo busca responder à seguinte questão: Como as estratégias de Comunicação Alternativa e Ampliada podem favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA nas AVDs?

Portanto, o objetivo geral desse estudo foi de verificar se o uso de recursos visuais associados à Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) podem facilitar o desempenho ocupacional de jovens com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

## 2 MÉTODO

### 2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa dois (2) jovens diagnosticados com TEA, com idade de 16 e 29 anos, que apresentam déficit de autonomia e independência para as atividades funcionais, inseridos em uma clínica especializada e multidisciplinar (definidos como participantes alunos - PAs.); quatro (4) instrutores da instituição, que aplicaram as orientações durante suas atividades profissionais na clínica (definidos como participantes instrutores - PInst.); e dois (2) casais de pais, que receberam orientação para a continuidade dos procedimentos no ambiente domiciliar (definidos como participantes familiares - PFam.). Os PAs foram escolhidos por indicação da clínica.

Quadro 2: Resumo dos participantes da pesquisa

NOMES	IDADE	ESCOLARIDADE	RELAÇÃO COM A PESQUISA
Daniel (PA)	29	–	Participante com TEA
Mariza (PA)	16	–	Participante com TEA
Maurício (PInst.)	27	2º grau incompleto	Instrutor da clínica que trabalha diretamente com Daniel e que recebeu capacitação.
Helen (PInst.)	38	1º grau incompleto	Instrutora da clínica que recebeu capacitação da pesquisadora e instruções de Maurício para também desempenhar atividade com Daniel
Daiane (PInst.)	28	2º grau completo	Instrutora da clínica que trabalha diretamente com Mariza e que recebeu capacitação
Joyce (PInst.)	44	2º grau incompleto	Instrutora da clínica que recebeu capacitação da pesquisadora e instruções de Daiane para também desempenhar atividade com Mariza
Clara (PFam.)	50	2º grau completo	Mãe de Daniel
Alexandre (PFam.)	48	2º grau completo	Pai de Daniel
Marina (PFam.)	45	3º grau completo	Mãe de Mariza
Marcos (PFam.)	48	2º grau incompleto	Pai de Mariza

A seguir, os participantes estão descritos com mais detalhes:

### 2.1.1 PA Daniel<sup>21</sup>\*

Aluno com diagnóstico de TEA, feito por um médico neurologista aos 4 anos de idade, do sexo masculino, 29 anos de idade, residente na zona norte do Rio de Janeiro, com sua mãe.

Durante a anamnese terapêutica ocupacional, que ocorreu no ambiente domiciliar, os pais relataram que apesar de separados, ambos são muito presentes na vida de Daniel, inclusive, seu pai, que o visita diariamente também para ajudar na lida com o filho, já que ele é obeso, dependente nas principais Atividades de Vida Diária (AVDs), e sua mãe com alguns problemas de saúde, o que, às vezes, a deixam na cama.

Daniel nasceu a termo, de parto normal, com 3,560 kg, 53 cm. O período pré, peri e pós-natal aconteceram sem intercorrências. Com 4 anos recebeu o diagnóstico de "autismo" e, nessa época, fez tratamento de fonoaudiologia e psicologia.

Sobre seu desenvolvimento, Daniel atingiu todos os marcos no tempo adequado. Apresentou atraso de fala, e um pouco depois de completar dois anos, repetia algumas palavras, mas por volta dos 30 meses, parou de falar e se apresenta não verbal desde então, emitindo apenas sons ininteligíveis e expressões corporais e faciais. Nunca fez uso de CAA de forma sistematizada.

Frequentou a escola na sua infância, precisamente a sala de recursos de condutas típicas até o ano de 2010, quando seus pais decidiram colocá-lo na clínica de tratamento especializado em pessoas com deficiência que frequenta diariamente até hoje, onde foi realizada esta pesquisa.

Em casa, Daniel assiste TV por várias horas. Gosta de *Discovery Kids* quando está sozinho com a mãe em casa, mas quando o pai chega, ele gosta de assistir aos programas do pai, que são jogos de futebol, esportes em geral e filmes. Também se distrai "brincando" com uma bolinha, moto e um pisca-pisca, no entanto fica apenas manipulando-os, sem dar um verdadeiro uso funcional para tais objetos.

---

<sup>21</sup> Todos os participantes receberam nomes fictícios

Os pais não conseguem opinar sobre o relacionamento de Daniel com seus colegas, mas relatam que seu humor, na maior parte do tempo é bom e, quando está com raiva, reclama estalando os lábios, se balançando e se cutucando. Foi possível observar, no dia da avaliação e em toda a linha de base que ele tem vários curativos em *band-aid* e pedaços de esparadrapo espalhados em seu corpo, como braços, cabeça, rosto e barriga. Sua mãe guarda uma caixa de curativos sobre a mesa da sala e, segundo ela, todos os dias seguem um ritual de retirar todos os curativos do corpo de Daniel, dar-lhe banho, e colocar novos curativos, sendo estes somente decorativos, não apresentando a necessidade de seu uso. Na clínica, Daniel cuida para não perder seus curativos durante o banho.

Na avaliação de seu processamento sensorial, Daniel tem alerta baixo, e seu perfil é de quem tem procura sensorial bem menor do que a maioria das pessoas de sua faixa etária, ou seja, não costuma buscar ou reagir adequadamente aos estímulos advindos do meio, caracterizando-o como hiporreativo. Sua sensibilidade e aversão a alguns estímulos sensoriais também são menores do que à média da população, segundo Perfil Sensorial Adolescente/Adulto (BROWN; DUNN, 2002) (ANEXO A).

Com relação à AVD de alimentação, é independente, mas não serve a comida em seu prato, pois já o recebe feito, e não consegue usar faca, pois nunca lhe foi ensinado.

Na higiene pessoal, Daniel começou a controlar os esfíncteres aos 2 anos de idade, mas não consegue se limpar, até por uma limitação biomecânica causada por sua obesidade, que o impede de realizar rotação de tronco. Apesar de ter um potencial para escovar os dentes, em casa seus pais se revezam para desempenhar essa função completa por ele. No banho também é totalmente dependente. É semi independente para vestir-se, mas é independente para despir-se.

Faz acompanhamento constante com uma psiquiatra, um cardiologista e um clínico geral. Na clínica, recebe atenção terapêutica interdisciplinar.

### 2.1.2 PA Mariza\*

Paciente com diagnóstico de TEA, fechado por uma médica neurologista quando tinha 4 anos de idade, do sexo feminino, 16 anos de idade, residente na zona oeste do Rio de Janeiro, com seus pais e irmã mais velha.

Durante a anamnese terapêutica ocupacional, que ocorreu no ambiente domiciliar, os pais relataram que, quando está em casa, Mariza passa boa parte do tempo ouvindo música sentada no chão e balançando-se sagitalmente para que suas costas se choquem com a parede. Ambos são muito presentes na vida de Mariza, inclusive, seu pai, que vive criando várias estratégias de adaptação na casa para favorecer algumas necessidades da filha, ou protegê-la de suas crises de agressividade.

Mariza nasceu a termo, de parto cesáreo, com 3,200 kg, 50 cm. O período pré, peri e pós-natal aconteceram sem intercorrências. Com 2 anos, pais relataram que ela estava no berço, de repente deu um grito e bateu sua cabeça com força na grade do berço. Desde então, ela nunca mais foi a mesma, já que antes, Mariza era uma criança normal, segundo a percepção dos pais. Mas foi com 4 anos que ela recebeu o diagnóstico de "autismo".

Segundo informações colhidas sobre seu desenvolvimento, Mariza atingiu todos os marcos no tempo esperado. "Falou até 8 anos, mas não fluentemente; o suficiente para ser compreendida. Um dia decidiu parar de falar". Nunca fez uso de CAA de forma sistematizada, porém "quando era criança, numa escola regular, uma professora sem experiência, mas com muito amor, trabalhava com figuras e fez um álbum para a Mariza".

Frequentou a escola na sua infância, até mais ou menos os 8 anos de idade, quando seus pais decidiram colocá-la na clínica que frequenta diariamente até hoje, e onde foi realizada esta pesquisa.

Em casa, Mariza assiste TV, pede para tomar banho várias vezes, e em alguns momentos, vai para a piscina, nos fundos de sua casa, onde fica por longos períodos debaixo de uma bica na cabeça, ou mergulhando, ou batendo suas costas na borda da piscina.

Vários cantos da casa têm grade ou tela. Sua cama é de alvenaria, e a TV e ar-condicionado de seu quarto são presos por uma grade. Tudo é pensado para que ela não destrua ou não se machuque quando está em crise.

Os pais não conseguem opinar sobre o relacionamento de Mariza com seus colegas, mas a descrevem como uma menina muito esperta para conseguir o que quer. Relatam que seu humor, hoje em dia, melhorou muito, embora ainda tenha muitas crises de agressividade, que agora são mais dirigidas para objetos, mas antes já chegou a agredir até os pais.

No que se refere ao processamento sensorial, Mariza tem alerta alto, e seu perfil é de quem tem procura sensorial bem maior do que a maioria das pessoas de sua faixa etária, costuma buscar ou reagir com um certo excesso aos estímulos advindos do meio, caracterizando-a como hiperreativo. Sua sensibilidade e aversão a alguns estímulos sensoriais

também são maiores do que a média da população, segundo Perfil Sensorial Adolescente/Adulto (BROWN E DUNN, 2002) (ANEXO A).

Com relação à AVD de alimentação, é independente, inclusive é capaz de se servir, mas não usa faca. Se não for vigiada, come compulsivamente.

Na higiene pessoal, Mariza começou a controlar os esfíncteres aos 2 anos de idade, consegue se limpar sozinha, escovar os dentes, lavar louça, pôr a mesa, etc. No banho é totalmente dependente de sua mãe, assim como para pentear os cabelos. É semi independente para vestir-se, mas é independente para despir-se.

Faz acompanhamento constante com uma psiquiatra. Na clínica, recebe atenção terapêutica interdisciplinar.

### 2.1.3 Maurício\*

Instrutor da clínica, onde trabalha como auxiliar de grupo, acompanhando os pacientes/alunos em suas AVDs e em atividades externas, como ir ao supermercado. Trabalha na clínica há 4 anos. Tem 27 anos e o segundo grau incompleto.

### 2.1.4 Helen\*

Instrutora da clínica, onde acompanha e auxilia os pacientes/alunos em algumas atividades em grupo, conforma orientação recebida dos técnicos. Tem 38 anos, o primeiro grau incompleto e ficou viúva recentemente.

### 2.1.5 Daiane\*

Instrutora da clínica, onde ajuda com várias atribuições, como dar banho, preparar comida, etc. Tem 27 anos e o segundo grau completo. Entrou para trabalhar na clínica ainda

adolescente, como estagiária, acompanhando sua mãe, que é instrutora da clínica. Depois saiu e depois e alguns anos voltou, sendo efetivada neste ano de 2016.

#### 2.1.6 Joyce\*

Instrutora da clínica, onde ajuda com várias atribuições, como dar banho, participar da oficina do corpo, acompanhar nas atividades extra muro. Tem 44 anos e o segundo grau incompleto.

#### 2.1.7 Clara\*

Mãe de Daniel, 50 anos, segundo grau completo e é "do lar". Ficou grávida aos 19 anos, quando ainda namorava com o pai dele. Tem atitude sugestiva de quem gosta de fazer tudo pelo filho, pois o trata falando no diminutivo e com superproteção.

#### 2.1.8 Alexandre\*

Pai de Daniel, 48 anos e segundo grau completo. Ficou casado com a mãe dele até cerca de 3 anos atrás. É muito presente, e suas visitas diárias fazem parte da rotina do Daniel.

#### 2.1.9 Marina\*

Mãe de Mariza, 45 anos e nível superior. Deixou de trabalhar fora para cuidar de Mariza. Trabalha em casa fazendo edição de vídeos. Parece incentivar bastante a filha para desempenhar funções, mas desiste facilmente frente à negação de Mariza.

### 2.1.10 Marcos\*

Pai de Mariza, 48 anos e nível superior. Tem muito cuidado com a filha, especialmente para que não se machuque. Acaba sendo bastante condescendente e não exige muito dela.

## 2.2 Local

A pesquisa foi realizada numa clínica especializada e multidisciplinar, na zona norte, do Rio de Janeiro - é uma organização privada, sem fins lucrativos voltada para a inclusão escolar e social de pessoas com diversos tipos e níveis de deficiência. Atualmente atende cerca de 60 pessoas em grupos terapêuticos e 100 pessoas, no regime ambulatorial. Conta com equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, e outros profissionais de apoio. Trabalha com convênios rede SUAS, Marinha do Brasil, reembolso por planos de saúde.

Os participantes alunos desta pesquisa são atendidos em grupos terapêuticos, conforme necessidades funcionais. Ambos fazem parte do grupo chamado "Autonomia", onde são ensinados na execução de atividades como ajudar a servir, tomar banho, escovar os dentes, e incentivados a serem cada vez mais independentes. A clínica também dispõe de grupos de artes, de oficina do corpo, e de atividades pedagógicas voltadas à atualidade.

Para visualizar as possibilidades de generalização no ambiente domiciliar, também foram realizadas seis sessões na casa de cada PA, sendo três antes e três após a intervenção na clínica.

## 2.3 Materiais e Instrumentos

Na fase de avaliação dos participantes alunos, foram utilizados gravador de voz digital, e um guia de entrevista semi estruturada - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional - COPM (ANEXOB).

Para a fase de capacitação dos PInst, foram utilizados vídeo-aulas gravadas em DVDs, e folhas de pré e pós teste (APÊNDICE A).

Na coleta e registro dos dados os seguintes materiais foram necessários: filmadora digital, câmera fotográfica digital, gravador de voz digital, fichas de registro das AVDs "escovar os dentes" e "tomar banho", e sobre a comunicação (APÊNDICE B), e um guia de entrevista aberta aos instrutores (APÊNDICE C). Também foi produzido material de mapeamento visual através de comunicação alternativa e ampliada para uso dos alunos, com diversos cartões em tamanhos iguais, utilizando figuras do *software Boardmaker*® e portal Arasaac, seis pranchas móveis (três para cada aluno) confeccionadas a partir de papelão encapado com papel *contact* preto e velcro auto colante, onde foram arrumados os símbolos na sequência das AVDs "escovar os dentes" e "tomar banho", bem como outros para favorecer a comunicação expressiva.

Figura 3 - Prancha de sequência da AVD "tomar banho".



Figura 3 - Prancha de sequência da AVD "tomar banho".



## 2.4 Procedimentos da Pesquisa

Para a realização do presente estudo, primeiramente ocorreu o encaminhamento e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ - Cep pela Plataforma Brasil, com o parecer de número 1.422.144. O parecer substanciado emitido pelo comitê está no Anexo E. Após o procedimento de aprovação pelo comitê de ética, houve a visita na clínica, onde ocorreu o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa pela direção e instrutores da clínica e dos responsáveis legais de Daniel e Mariza (APÊNDICE D).

Com o intuito de informar a todos os profissionais da clínica, o motivo da minha presença, que se tornaria constante a partir de então, ofereci uma palestra, viabilizada pela direção na hora da reunião semanal da equipe, onde pude explicar aos profissionais sobre os procedimentos da pesquisa, bem como me colocar a disposição no que fosse necessário sobre o assunto.

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados a partir da utilização dos materiais e instrumentos descritos no item anterior e foram aplicados ao longo de três etapas da pesquisa. Abaixo segue um resumo dos procedimentos realizados através de um quadro:

Quadro 3 - Resumo das etapas dos procedimentos da pesquisa

ETAPAS	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS
<b>Etapa 1</b> <b>Avaliação e Linha de base</b>	1 mês	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese e avaliação terapêutica ocupacional</li> <li>- Aplicação do COPM junto aos PAs e PFam</li> <li>- Aplicação do pré e pós teste junto aos PInst</li> <li>- Entrevista aberta com os PInst</li> <li>- Observação dos profissionais atuando com os alunos</li> </ul>
<b>Etapa 2</b> <b>Intervenção</b>	6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curso de capacitação em 4 módulos gravados em DVD</li> <li>- Treinamento dos PInst para aplicação das estratégias de CAA com os PAs</li> <li>- Observação dos PInst atuando com os PAs de acordo com o que oferecido no curso e treinamento</li> <li>- Orientação aos PFam</li> <li>- Observação dos PFam atuando com os PAs após orientação.</li> </ul>
<b>Etapa 3</b> <b>Reavaliação</b>	1 semana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação do COPM junto aos PAs PFam.</li> </ul>

## 2.5 Procedimentos de coleta de dados

### 2.5.1 Procedimentos de avaliação dos participantes alunos e participantes familiares.

Nesta etapa, os participantes familiares e alunos passaram por anamnese e avaliação terapêutica ocupacional no ambiente de suas residências, onde foi possível observar Daniel e Mariza no seu ambiente mais íntimo, assim como as interações familiares. Na visita de avaliação, foi também realizada uma entrevista semiestruturada, de modo a conhecer as principais carências no desempenho ocupacional dos filhos, na visão dos pais, utilizando o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).

O modelo deve ser administrado por um terapeuta ocupacional, e primeiramente, o entrevistado (cliente ou cuidador) deve identificar os problemas de desempenho ocupacional, e quantificar o grau de importância de cada problema. É importante que o entrevistado identifique as ocupações que gostaria, precisa ou espera realizar em sua vida diária. Aqui, o entrevistado pode elencar quantas funções ocupacionais ele julgar que são problemas. A importância é quantificada na seguinte escala de dez pontos, conforme **quadro abaixo**:

Quadro 4 - Cartela de escala de importância do COPM (BAPTISTE, 1994).

Como é importante estar apto a executar esta atividade?									
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Sem nenhuma importância					Extremamente importante				

Depois, o entrevistado deve listar os cinco problemas de maior importância; e para cada um desses problemas, o entrevistado deve quantificar o grau de desempenho atual e satisfação naquela área, conforme quadro abaixo.

Quadro 5 - Cartela de desempenho da COPM (BAPTISTE, 1994)

Como você poderia quantificar a maneira como seu filho realiza esta atividade agora?									
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Incapaz de fazer					capaz de fazer extremamente bem				

Quadro 6: Cartela de satisfação da COPM (BAPTISTE, 1994)

Como está sua satisfação com a maneira que seu filho realiza esta atividade agora?									
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Nada satisfeito					Extremamente satisfeito				

**Após o período** de intervenção, prevê-se a reaplicação da entrevista como forma de reavaliação.

### 2.5.2 Procedimentos de avaliação dos participantes instrutores

Num outro momento, a equipe inteira da clínica foi reunida para preencher um questionário pré-teste, de modo a revelar o conhecimento prévio acerca dos assuntos pertinentes ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Após um mês, tempo estipulado para que todos tivessem assistido ao curso de capacitação em vídeo-aulas gravadas em DVDs oferecido pela pesquisadora, a equipe foi reunida para preencher o pós teste, a fim de revelar o conhecimento posterior que foi agregado por ocasião da capacitação pelos DVDs.

O curso de capacitação será melhor explicado na fase da intervenção.

A outra etapa ocorreu a partir de uma reunião com os 4 instrutores participantes, momento em que foi realizada uma entrevista aberta, com o objetivo de observar a percepção deles sobre o desempenho de Daniel e Mariza, bem como o grau de confiança que eles depositam na evolução destes, considerando as faixas etárias. Em seguida, eles conheceram as maiores demandas familiares apontadas na COPM, e juntos com a pesquisadora, foi eleita a

função que eles consideravam mais deficitária em cada um, sendo a atividade "escovar os dentes" para Daniel, e "tomar banho" para Mariza. Durante a execução da tarefa escolhida, cada PA foi avaliado quanto a manifestações comunicativas tanto na linha de base quanto na intervenção, e a partir da primeira sessão de intervenção, os PAs foram observados quanto ao seu acesso à prancha para organização dos símbolos em sequência.

## 2.6 Procedimentos de análise de dados

### 2.6.1 Dos Participantes Alunos

Os dados foram coletados por período de aproximadamente 8 meses, e depois foram analisados levando-se em conta o grau de independência dos PAs, tanto avaliados pelos PFam na COPM, quanto pela observação de cada etapa de cada sessão de linha de base e intervenção em termos percentuais.

**O cálculo dos escores referentes do COPM foi feito da seguinte forma, e depois transformados em porcentagem.**

$$\text{Pontuação total} = \frac{\text{Pontuação total do desempenho ou satisfação}}{\text{Número de problemas}}$$

O grau de independência observável pela pesquisadora foi obtido calculando-se o total de pontos alcançados para aquela sessão através da soma da pontuação de cada etapa da atividade, divididos pelo número máximo de pontos possíveis para a sessão como mostra a formula abaixo:

$$\text{Grau de Independência} = \frac{\text{Pontuação obtida na sessão}}{\text{Pontuação máxima possível}}$$

Para Daniel, a atividade escolhida "escovar os dentes" foi estruturada em 12 etapas para cada sessão; e para Mariza, a atividade escolhida "tomar banho" foi estruturada em 9 etapas para cada sessão, tendo para cada etapa a possibilidade alcançar de 0 a 5 pontos. Logo, para a função "escovar os dentes" a pontuação máxima é de 60 pontos e para "tomar banho", é de 45 pontos.

Em todas as sessões de linha de base e de intervenção de Daniel, buscou-se verificar seu grau de desempenho em cada etapa da tarefa "escovar os dentes", o que incluiu:

- 1) pegar pasta e escova de dentes no local onde ficam guardados;
- 2) abrir tampa da pasta de dente;
- 3) apertar a bisnaga para pôr a pasta na escova;
- 4) fechar a tampa da pasta de dente;
- 5) molhar a escova;
- 6) escovar os dentes da frente;
- 7) escovar os dentes de trás;
- 8) cuspir;
- 9) lavar a boca;
- 10) lavar a escova de dente;
- 11) enxugar a boca;
- 12) guardar a escova e pasta de dentes no lugar.

Nas sessões de linha de base e de intervenção de Mariza, buscou-se verificar seu grau de desempenho em cada etapa da tarefa "tomar banho", o que incluiu:

- 1) ligar o chuveiro;
- 2) entrar debaixo do chuveiro;
- 3) pegar o xampu e administrar a quantidade na mão;
- 4) lavar a cabeça;
- 5) pegar o sabonete e ensaboar-se;
- 6) enxaguar cabeça e corpo;
- 7) fechar o chuveiro;
- 8) pegar a toalha;
- 9) enxugar-se.

Em cada uma dessas etapas, buscou-se observar a marcação dos seguintes escores, tanto para Daniel como para Mariza:

- ⑤ Realizou sozinho (5 pontos)
- ④ Realizou com apoio visual (figuras) (4 pontos)
- ③ Realizou com apoio de modelagem (imitação) (3 pontos)
- ② Realizou com apoio verbal (2 pontos)
- ① Realizou com apoio físico (1 ponto)
- ① Não realizou (não pontua)

A partir da soma dos escores de cada sessão, os PAs foram classificados, segundo o nível de desempenho em:

Quadro 7: Classificação do nível de desempenho por sessão

PORCENTAGEM ALCANÇADA NA SESSÃO	CLASSIFICAÇÃO DE DESEMPENHO
Acima de 99%	Independente
Acima de 80% a 99%	Semi-independente
Acima de 60% a 80%	Precisa de baixo nível de apoio
Acima de 40% a 60%	Precisa de médio nível de apoio
Acima de 20% a 40%	Precisa de alto nível de apoio
0% a 20%	Dependente

Também levou-se em conta as manifestações de comunicação de Daniel e Mariza, observados durante o desempenho as AVDs "escovar os dentes" e "tomar banho", já que por não serem independentes, estão sempre na companhia de alguém. Desta forma, criou-se uma classificação empírica de adequação na comunicação manifestada por eles.

- ① Inadequada: manifestação de choro, grito, som ininteligível, gestos de contato inapropriados nas pessoas e objetos, risadas inconvenientes.
- ② Aceitável: expressões faciais ou corporais
- ③ Adequada: apontar para algo concreto (incluindo símbolos)
- ④ Ideal: fala inteligível e conexa

A mensuração foi feita a partir da frequência do número absoluto de ocorrências de cada situação acima no período de execução da AVD. As opções de marcação na ficha de comunicação (APÊNDICE B) é de uma ocorrência até dez ou mais.

Por último foi realizada uma análise qualitativa do reconhecimento da prancha e símbolos pelos PAs, onde foi observado: 1) se eles olham para o material durante a montagem da sequência; 2) se eles ajudaram a montar a sequência; 3) se precisaram de algum tipo de apoio (físico, verbal ou nenhum); 4) se apontou para algum símbolo intencionalmente.

### 2.6.2 Dos Participantes Instrutores

Os panoramas de participação dos instrutores em todo o processo de capacitação foram desenhados considerando os seguintes itens, que nortearam uma avaliação qualitativa:

- 1) prontidão para responder ao pré e pós teste na primeira intervenção (que ocorreu dentro do primeiro período cedido para que assistissem ao curso - 15 dias);
- 2) aceitação da primeira intervenção (demonstração de interesse sobre o curso no pré teste e ato de ter assistido no primeiro período cedido);
- 3) aceitação da segunda intervenção (demonstração de interesse sobre o curso no pré teste e ato de ter assistido no segundo período cedido);
- 4) conhecimento (demonstrado no pré e pós teste).

### 2.6.3 Dos Participantes Familiares

A participação dos familiares (pais) foi avaliada de forma qualitativa, a partir da observação de suas condutas frente à orientação oferecida quanto ao uso das pranchas no momento das AVDs, e ao comportamento dos PAs. Levou-se em consideração:

- 1) aceitação das orientações;
- 2) realização do passo a passo de forma correta;
- 3) uso incentivo através de reforçadores sociais;
- 4) interesse em continuar com a prancha em casa. para continuar fazendo.

## 2.7 **Procedimentos experimentais**

O presente estudo apresenta uma pesquisa quase experimental intrassujeito, do tipo A-B, ou seja, composta pelas fases de linha de base (LB) e intervenção (I). O delineamento quase-experimental intrassujeito empregado neste estudo (KAZDIN,1982), se justifica por se tratar de uma metodologia de pesquisa em que os efeitos de uma série de variáveis sobre outras são examinadas em um único sujeito ou em um grupo de sujeitos (onde a análise das variáveis é também individual), longitudinal, incluindo o trabalho de observação do desempenho ocupacional antes e depois da intervenção, entrevistas semi estruturadas, registro e análise de material em fichas de registro e filmagens.

O delineamento A-B se refere às duas fases da investigação: linha de base e intervenção. Durante a fase de linha de base, os dados são coletados e registrados e é

importante que o pesquisador não interfira no contexto, nem na ação, tendo a preocupação de se manter o ambiente mais natural possível. Uma vez que a linha de base esteja estabelecida, a intervenção é incorporada e a fase B é iniciada (BIRNBRAUER, PETERSON E SOLNICK , 1974, apud ALMEIDA, 2003). Na fase de intervenção, é estabelecido um ou vários comportamentos alvos, e assim pode perdurar até que o padrão estável de desempenho esteja claro. A partir das tendências verificadas através dos dados da intervenção, têm-se informações sobre seus efeitos, e então o pesquisador pode decidir se continua, muda ou finaliza a mesma.

Este estudo foi delineado a partir do recurso de CAA como variável independente, para alcançar o aumento do nível de independência no desempenho ocupacional como variável dependente.

### 2.7.1 Linha de Base (LB)

Foram realizadas seis sessões de linha de base para cada sujeito da pesquisa, sendo três sessões no ambiente domiciliar, e três na clínica, no momento real em que Daniel realiza naturalmente a atividade de "escovar os dentes", e Mariza, de "tomar banho". Apesar de cada casal de PFam ter selecionado 5 funções que eles enxergaram como as mais difíceis a serem desempenhadas com independência por seus filhos; ainda na fase de avaliação, os PInst selecionaram uma AVD para Daniel e uma para Mariza, as que eles consideraram, das cinco escolhidas pelos pais, as mais difíceis para serem desempenhadas, inclusive na clínica, em tratamento no grupo "Autonomia", o qual fazem parte.

Vale ressaltar que, ambos os casais de PFam também sinalizaram a comunicação como uma dificuldade funcional de Daniel e Mariza. Considerando que o processo de comunicação é diretamente proporcional à interação e inerente às funções que desempenhamos no dia-a-dia, desde as mais básicas até as mais complexas, e seguindo o raciocínio do que é necessário para subsidiar o processo de aprendizagem, ficou definido então que, a comunicação seria avaliada e continuamente observada durante o desempenho das AVDs "escovar os dentes" e "tomar banho".

No domicílio, as sessões foram organizadas da seguinte forma:

Com o auxílio de uma câmera filmadora digital, Daniel foi observado desempenhando a função de escovar os dentes, juntamente com sua mãe ou pai. As filmagens

ocorreram após o almoço, momento em que ele tinha o hábito de realizar esta atividade diariamente. Os participantes se sentiram livres para desempenhar a tarefa como sempre o faziam. A duração média das filmagens foi de 1 minuto e 30 segundos.

Já Mariza, foi observada em sua função de tomar banho, juntamente com sua mãe. As filmagens ocorreram no período vespertino, momento em que ela também realizava tal atividade diariamente em casa, se sentindo livre para desempenhar tal tarefa como de costume. A duração média das filmagens foi de 6 minutos e 30 segundos.

Na clínica, as sessões foram organizadas de maneira similar. Daniel foi filmado logo após o lanche da tarde, hora em que realiza essa atividade no grupo denominado de "autonomia", com um dos instrutores que trabalha na clínica, não necessariamente os que participaram deste estudo. Todos os PAs e PInst sentiram-se livres para desempenhar a tarefa como sempre o fazem. A duração média das filmagens foi de 3 minutos.

Mariza foi filmada no final do dia, quando era realizada a atividade de tomar banho que antecedia o momento de ir embora para casa. Foi acompanhada sempre por uma instrutora da clínica. A duração média das filmagens foi de 6 minutos.

As filmagens serviram para que outro juiz (outra terapeuta da clínica que não era participante da pesquisa) avaliasse o desempenho, e posteriormente os dados servirem de comparação para ser calculado um índice de fidedignidade.

### 2.7.2 Intervenção (I)

A fase de intervenção consistiu em três momentos:

- 1) o de formação e capacitação dos PInst para melhor acompanharem os PAs com TEA em seu desempenho ocupacional;
- 2) o de observação dos efeitos da ação direta do PInst, após ter recebido capacitação, na lida com o paciente/aluno durante as AVDs de "escovar os dentes" e "tomar banho";
- 3) o de orientação aos PFam sobre a intervenção realizada na clínica, seguida de observação e análise de possível generalização.

### 2.7.2.1 Capacitação dos instrutores

O primeiro procedimento de intervenção propriamente dito foi o de oferecer um curso a todos os profissionais da clínica, por solicitação da diretora. Inicialmente, havia um planejamento para que o curso fosse presencial, mas a incompatibilidade de agenda de todos os interessados não vislumbrava sucesso na presença, especialmente dos PInst selecionados, o que poderia comprometer a pesquisa em tempo. Por esse motivo, a forma encontrada para resolver esse contratempo e alcançar o máximo de ouvintes possível (atendendo a relação de parceria com a direção da instituição), o curso foi montado no formato de vídeo-aulas, gravadas em quatro módulos em oito cópias de DVDs de cada módulo, perfazendo um total de quatro horas. A direção da clínica disponibilizou computadores para que toda a sua equipe assistisse às aulas. Havia também a opção do profissional levar os DVDs para casa. A equipe teve o período de quinze dias para assistir ao curso, que recebeu o título: "**A funcionalidade de jovens com TEA**", e abordou os seguintes subtemas: 1) Transtorno do Espectro Autista (TEA), 2) Processamento Sensorial, 3) Interação e Comunicação, e 4) Currículo Funcional Natural. Na Apêndice E, segue grade do curso oferecido.

Figura 4 - Cópias de DVDs com os módulos dos curso oferecido aos PInst e todos os profissionais da clínica



Figura 5 - Amostras do formato do curso de capacitação oferecido aos PInst



Após o período cedido para assistirem ao curso (15 dias), ficou acordado que a pesquisadora voltaria para dar continuidade aos procedimentos de pós teste e outros de capacitação dos PInst para os instrutores aplicarem com os PAs. Todavia, ao dar prosseguimento ao trabalho, retornando no dia marcado, a pesquisadora observou que grande parte da equipe não havia assistido à todos os módulos do curso, inclusive três, dos quatro PInst. Diante disso, foi necessário disponibilizar de mais 15 dias para que todos pudessem assistir.

Passado um mês desde os DVDs com os módulos do curso foram entregues, Maurício e Helen receberam três pranchas com símbolos móveis pictográficos do *boardmaker*® e *portal Arasaac* para trabalhar com Daniel. A prancha principal, que deveria ser usada sempre, disponibilizava 13 símbolos móveis, no tamanho 6x6, com a sequência da atividade de "escovar os dentes". Os instrutores foram orientados a usar esta prancha desde antes da escovação, pois deveriam montar a sequência com Daniel, falando, mostrando o símbolo e fazendo gestos representativos da ação, até o momento de incentivá-lo a montar a sequência da atividade na prancha sozinho. Receberam também uma prancha com sete símbolos móveis a saber: "sim, não, preciso de ajuda, beber, comer, fazer xixi e fazer cocô", e mais outra com seis símbolos móveis, dispostos com velcro em pranchas, a saber: "espere, cansado, dor de barriga, dor nas costas, dor de dente, dor na cabeça". As duas últimas pranchas foram de uso opcional. Eles poderiam fazer uso delas durante a atividade de escovar os dentes e em outros momentos do dia, com o objetivo de facilitar a comunicação expressiva de Daniel e estimular a interlocução em outros ambientes da clínica. No mesmo dia, Daiane e Joyce também receberam três pranchas com símbolos móveis pictográficos do *boardmaker*® e *portal Arasaac* para trabalhar com Mariza. A prancha principal, que deveria ser usada sempre, disponibilizava 10 símbolos móveis, no tamanho 6x6, com a sequência da atividade de "tomar banho". As instrutoras foram orientados a usar esta prancha desde antes do banho, pois deveriam montar a sequência com Mariza, falando, mostrando o símbolo e fazendo gestos, até

o momento de incentivá-la a montar a sequência da atividade na prancha sozinha. Receberam também uma prancha com sete símbolos móveis, a saber: “sim, não, preciso de ajuda, beber, comer, fazer xixi e fazer cocô”, e mais outra com seis símbolos móveis: “espere, cansada, dor de barriga, dor na cabeça, quero carinho e quero ficar em paz”. As duas últimas pranchas foram de uso opcional. Elas poderiam fazer uso delas durante a atividade de tomar banho e em outros momentos do dia, com o objetivo de facilitar a comunicação expressiva de Mariza e estimular a interlocução em outros ambientes da clínica.

Os quatro PInst também receberam instruções de como preencher e categorizar as fichas de registro das AVDs "escovar os dentes" para Daniel, e "tomar banho" para Mariza, bem como o de comunicação para ambos. Após a primeira sessão de intervenção direta com Daniel e Mariza, observou-se que seria melhor iniciar o treino dos PAs com apenas dois instrutores, e então Maurício e Daiane foram eleitos para iniciar a ação com Daniel e Mariza, respectivamente, pois eram os instrutores mais próximos deles durante essas atividades, o que deveria gerar maior relação de confiança e aceitação. Após quinze sessões com Daniel, e dez sessões com Mariza, Maurício e Daiane foram orientados a repassar o treino das AVDs para os outros PInst, Helen e Joyce, do ponto em que pararam, a fim de observar se os PAs eram capazes de desempenhar as AVDs da mesma forma que foi desenvolvido por Maurício e Daiane, que tiveram três semanas para repassar o treino para Helen e Joyce.

#### 2.7.2.2 Observação dos efeitos da ação direta dos instrutores na lida com o participante aluno, após a capacitação

Nesta fase Daniel e Mariza foram observados desempenhando as AVDs "escovar os dentes" por 15 sessões e "tomar banho" por 10 sessões, respectivamente; ambos no ambiente da clínica e recebendo a orientação dos PInst Maurício e Daiane, por essa ordem.

Primeiramente, os PInst sentavam-se de frente para uma mesa e incentivavam os PAs a montarem a sequência das AVDs na prancha juntamente com eles. Em seguida, agiam da seguinte forma: 1) mostravam a sequência pronta para o paciente/aluno; 2) caso Daniel ou Mariza não reagissem, deveriam apontar para a figura correspondente à ação esperada para aquele momento (ex: figura de apertar a bisnaga para pôr pasta na escova de dentes); 3) caso não houvesse a reação esperada por parte do PA, o PInst deveria fazer a demonstração da ação (modelagem) e esperar a imitação (ex: fazer os movimentos de quem está lavando a cabeça);

4) se ainda assim, o PA não realizasse a função, o PInst deveria dar um comando verbal (ex: "*Daniel, cospe agora*"); 5) no caso do PA não executar a função, o PInst deveria dar um apoio físico (ex: pegar a mão de Mariza e guiar os movimentos para lavar toda a cabeça); 6) se, por ventura, o PA resistir até à ajuda física, a etapa deverá ser considerada como não realizada.

Antes de iniciar a execução da AVD, os PInst deveriam sentar com os PAs para montarem a sequência dos símbolos referentes à DVD que escolhidas para esta pesquisa.

Na clínica, as sessões foram organizadas da seguinte forma: Daniel foi filmado logo após o lanche da tarde, hora em que realiza essa atividade no grupo denominado de "autonomia", com o PInst Maurício até a sexta sessão. Durante a sessão, os PInst ficaram livres para perguntar, se tivessem dúvidas e poderiam receber a informação imediatamente pela pesquisadora. A duração média das filmagens foi de 7 minutos e 30 segundos.

Mariza foi filmada no final do dia, quando era realizada a atividade de tomar banho que antecedia o momento de ir embora para casa. Foi acompanhada sempre por uma instrutora da clínica. A duração média das filmagens foi de 9 minutos e 30 segundos.

No domicílio, as sessões foram organizadas da seguinte forma:

Daniel foi observado desempenhando a função de escovar os dentes, juntamente com sua mãe ou pai, que deveriam fazer uso da prancha. As filmagens ocorreram pela manhã, momento em que ele tinha o hábito de realizar esta atividade diariamente. Os participantes se sentiram livres para desempenhar a tarefa como sempre o faziam. A duração média das filmagens foi de 1 minuto e 30 segundos. Os PInst ficaram livres para perguntar, se tivessem dúvidas e poderiam receber a informação imediatamente pela pesquisadora. A duração média das filmagens foi de 5 minutos e 30 segundos.

Já Mariza, foi observada em sua função de tomar banho, juntamente com sua mãe. As filmagens ocorreram no período vespertino, momento em que ela também realizava tal atividade diariamente em casa, se sentindo livre para desempenhar tal tarefa como de costume. A duração média das filmagens foi de 13 minutos e 30 segundos.

Ressalta-se que Mariza, em sua AVD de tomar banho, sempre foi acompanhada pela PInst, observadora e ocasionalmente pela pesquisadora, todas do sexo feminino para preservar sua modéstia, já que precisa ficar despida nesta tarefa.

Durante a execução da tarefa, Daniel e Mariza foram observados por uma terapeuta, profissional da clínica, devidamente orientada pela pesquisadora para preencher e categorizar a ficha de registro da AVD "escovar os dentes" ou "tomar banho". Cerca de 40% das sessões de intervenção de Daniel foram filmadas e categorizadas pela própria pesquisadora, assim como 50% das sessões de Mariza. Os PInst poderiam ajudar, confirmando ou não a execução

da etapa, conforme treinamento que receberam na fase de capacitação. As filmagens serviram para que outro juiz avaliasse o desempenho, e posteriormente servir de comparação para ser calculado um índice de fidedignidade, a partir da comparação com os registros das fichas ou, na I (residência), contar com a observação de mais um juiz (terapeuta da clínica que não é participante da pesquisa) para assistir às filmagens (conforme orientação prévia), já que nas referidas sessões não houve fichas de registro.

Os PInst Helen e Joyce receberam por 3 semanas um treino dos PInst Maurício de Daiane durante a execução das AVDs "escovar os dentes" e "tomar banho" com os PAs, respectivamente. Tanto Helen, quanto Joyce dirigiram 4 sessões assinaladas nas fichas de registro (APÊNDICE B), e dessas 4 sessões, uma foi filmada para ser calculado um índice de fidedignidade.

Vale informar que em todas as filmagens da Mariza, houve a preocupação de preservar suas partes íntimas do foco da câmera, estando as imagens detidas à cabeça, braços parcialmente, e pernas. Procurou-se desviar o foco quando na iminência de aparecer mais detalhes de seu corpo.

### 2.7.2.3 Orientação Familiar

Ao final das intervenções na clínica, a pesquisadora voltou às residências dos PAs e PFam para outra breve intervenção. Primeiramente, os PFam receberam as mesmas pranchas de sequencia das AVDs "escovar os dentes" (Daniel) e "tomar banho" (Mariza), semelhantes as que foram usadas na clínica. Em seguida, os PFam foram orientados em como utilizá-las antes e durante a execução das AVDs, e estas orientações foram iguais às feitas aos PInst em como proceder no passo a passo nas etapas da tarefa (deixar fazer só, dar apoio visual através do símbolo, dar apoio de modelagem, dar apoio verbal, e fazer pelo(a) filho(a), conforme explicado no item imediatamente acima). Tais orientações também foram baseadas nas execuções das tarefas na clínica, relatando como os PInst foram evoluindo.

Posteriormente, os PAs foram filmados nas 3 sessões de intervenção realizadas em casa, primeiro montando a sequência através dos símbolos na prancha, e depois desempenhando a atividade de "escovar os dentes" (Daniel) e "tomar banho" (Mariza). Todas as filmagens foram encaminhadas ao segundo juiz para que realizasse os registros de

desempenho, e viabilizar posterior cálculo do índice de fidedignidade. Buscou-se com essa fase, avaliar uma possível generalização da competência no ambiente domiciliar.

## 2.8 Procedimentos de Reavaliação

Após todo o período de intervenção na clínica, houve o retorno da pesquisadora às residências de Daniel e Mariza, na presença de seus pais (PFam) para uma breve intervenção (explicado no item acima). Na última sessão, os pais foram novamente entrevistados, para que reavaliassem o desempenho ocupacional de seus filhos (PAs) através do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (ANEXO B).

Com base nas novas respostas dos pais, as pontuações de desempenho e satisfação foram recalculadas da seguinte forma:

**MUDANÇA NO DESEMPENHO: pontuação de desempenho 2 - pontuação de desempenho 1**

**MUDANÇA NA SATISFAÇÃO: pontuação da satisfação 2 - pontuação da satisfação 1**

## 2.9 Índice de concordância interobservador

Para garantir a fidedignidade dos dados analisados durante o desempenho de Daniel e Mariza nas AVDs, foi realizada uma avaliação de concordância interobservador. As sessões que foram filmadas (LB da casa e clínica e I da casa), também foram analisadas primeiramente pela pesquisadora e depois por uma segunda observadora (juiz), que assistiu aos vídeos após ter recebido instruções da pesquisadora sobre as pontuações de acordo com desempenho do paciente/aluno para "escovar os dentes" e "tomar banho", fazendo uso simultâneo de uma prancha de CAA para mapeamento visual e práxis. A observadora teve acesso a todas as filmagens de LB e de I em casa. As filmagens de I na clínica (40% de Daniel e 50% de Mariza, e 25% de ambos quando foram acompanhados pelas PInst Helen e Joyce) foram observadas pela pesquisadora, e depois comparadas com as fichas de registro preenchidas durante todas as sessões de I por uma outra terapeuta não participante da

pesquisa, devidamente orientada. O cálculo do índice de fidedignidade foi realizado a partir da fórmula proposta por Hersen e Barlow, a seguir:

$$IF = \frac{\text{n}^\circ \text{ de concordâncias}}{\text{n}^\circ \text{ de concordância} + \text{n}^\circ \text{ de discordância}} \times 100$$

No apêndice D, seguem as tabelas com todos os itens que foram usados para a análise do índice de concordância, conforme explicados no item procedimentos de análise de dados.

O índice de concordância entre juízes que observaram Daniel durante o desempenho da AVD "escovar os dentes" foi de 96,35%, enquanto o de Mariza durante a AVD "tomar banho" foi igualmente de 96,35%.

O índice de concordância entre os juízes que observaram as manifestações comunicativas de Daniel foi de 97,78%, e o de Mariza foi de 93,76%.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Dos Participantes Alunos (PAs)

##### 3.1.1 Avaliação Individual:

Nos dias em que foram realizadas as avaliações de Daniel e Mariza, foi feita também uma entrevista semiestruturada com cada casal de pais, a fim de conhecer o que eles consideravam como principais carências no desempenho ocupacional de seus filhos, utilizando o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).

##### 3.1.1.1 Daniel

No primeiro passo da COPM, onde foi necessário fazer a identificação das questões de desempenho ocupacional, os pais de Daniel conseguiram apontar cinco ocupações de Atividades de Vida Diária (AVD), e três de produtividade, descritas a seguir<sup>22</sup>: 1) despir-se e vestir-se; 2) tomar banho; 3) limpar-se; 4) escovar os dentes; 5) comunicação; 6) preparar lanches; 7) arrumar o quarto; e 8) manusear dinheiro.

Sobre a classificação do grau de importância que PFam atribuem às atividades identificadas, Clara e Alexandre, pais de Daniel, atribuíram o valor dez para as cinco primeiras tarefas; e os valores cinco, quatro e dois para as três últimas tarefas, respectivamente, respeitando as orientações descritas no método.

No terceiro passo da COPM, Clara e Alexandre elencaram as cinco atividades, como sendo os problemas de desempenho mais importantes de Daniel, na opinião deles, seguidas das pontuações de desempenho e de satisfação, ambas atribuídas pelos próprios pais, como mostra o quadro a seguir.

---

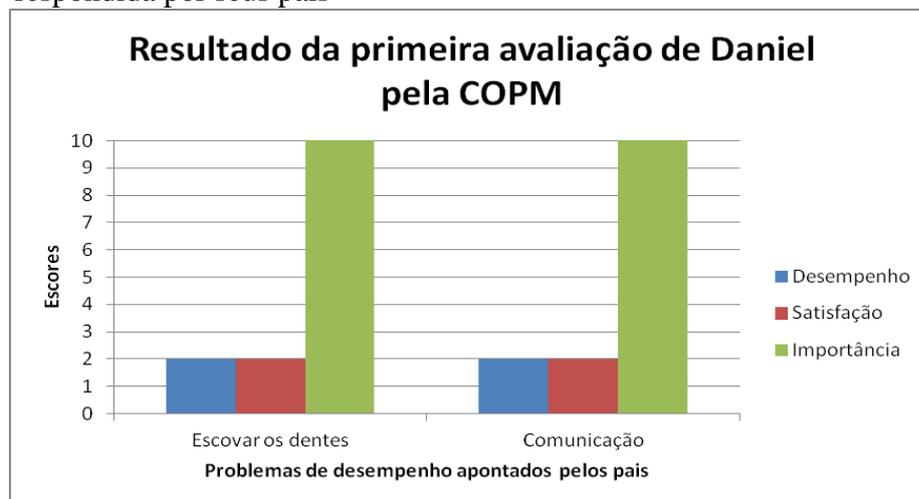
<sup>22</sup> Os conceitos sobre desempenho ocupacional estão explicados no capítulo 1 da revisão da literatura, no subitem 1.2.

Quadro 8 - Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Daniel, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos por eles.

<b>Problemas de Desempenho</b>	<b>Avaliação de desempenho</b>	<b>Avaliação de satisfação</b>
<b>Ocupacional</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Despir-se e vestir-se	1	2
Tomar banho	1	2
Limpar-se	2	2
Escovar os dentes	2	2
Comunicação	2	2

Como após a fase de avaliação com os PInst, houve a decisão de se deter apenas nas funções de escovar os dentes e comunicação, a pontuação foi calculada a partir de apenas dois problemas de desempenho. A pontuação de desempenho total de Daniel foi de 2; e a de satisfação foi 2, de acordo com os escores demonstrados no subitem de procedimentos de análise de dados do método. Os outros problemas foram descartados levando-se em conta real funcionalidade na clínica, compleição física (maior dificuldade para fazer rotação de tronco e limpar-se), e, prioridade.

Gráfico 1 - Resultado da primeira avaliação de Daniel pela COPM respondida por seus pais



### 3.1.1.2 Mariza

No primeiro passo da COPM, onde foi necessário fazer a identificação das questões de desempenho ocupacional, os pais de Mariza conseguiram apontar cinco ocupações de

Atividades de Vida Diária (AVD), e duas de produtividade, descritas a seguir<sup>23</sup>: 1) comunicação; 2) tomar banho; 3) manusear absorvente quando está menstruada; 4) arrumar seu quarto sozinha; 5) descobrir uma atividade rentável; 6) fazer compras sozinha; 7) usar talheres.

Sobre a classificação do grau de importância que PFam atribuem às atividades identificadas, Marina e Marcos, pais de Mariza, atribuíram o valor dez para as cinco primeiras tarefas; e os valores cinco, quatro e dois para as três últimas tarefas, respectivamente, respeitando as orientações descritas no método.

No terceiro passo da COPM, Marina e Marcos elencaram as cinco atividades, como sendo os problemas de desempenho mais importantes de Mariza, na opinião deles, seguidas das pontuações de desempenho e de satisfação, ambas atribuídas pelos próprios pais, como mostra o quadro a seguir.

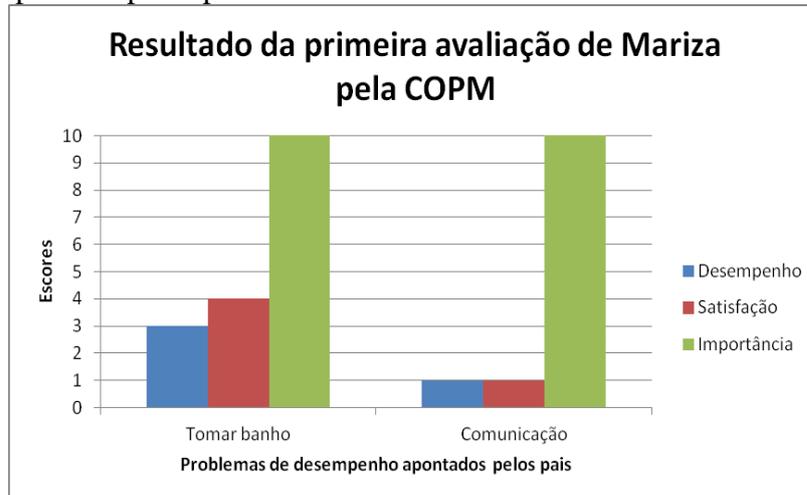
Quadro 9 - Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Mariza, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos por eles.

<b>Problemas de Desempenho Ocupacional</b>	<b>Avaliação de desempenho 1</b>	<b>Avaliação de satisfação 1</b>
Comunicação	1	1
Tomar banho	3	4
Arrumar seu quarto sozinha	1	1
Manusear absorvente durante período menstrual	1	1
Descobrir uma atividade rentável	1	1

Como após a fase de avaliação com os PInst, houve a decisão de se deter apenas nas funções de tomar banho e comunicação, a pontuação foi calculada a partir de apenas dois problemas de desempenho. A pontuação de desempenho total de Mariza foi de 2; e a de satisfação foi 2,5, de acordo com os escores demonstrados no subitem de procedimentos de análise de dados do método. Os outros problemas foram descartados levando-se em conta real funcionalidade na clínica, viabilidade pelo período (não aplicável para o período menstrual) e prioridade.

<sup>23</sup> Os conceitos sobre desempenho ocupacional estão explicados no capítulo 1 da revisão da literatura, no subitem 1.2.

Gráfico 2 - Resultado da primeira avaliação de Mariza pela COPM respondida pelos pais

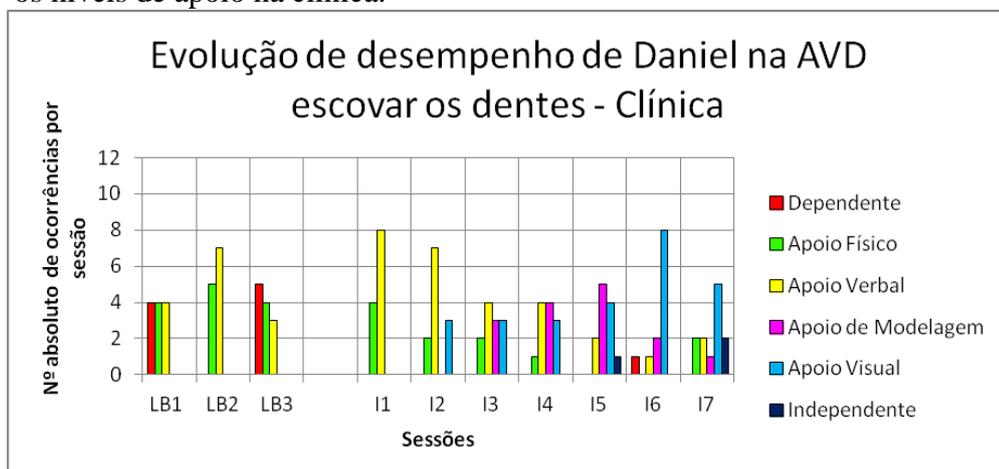


### 3.1.2 Linha de Base (LB) e Intervenção (I)

#### 3.1.2.1 Daniel

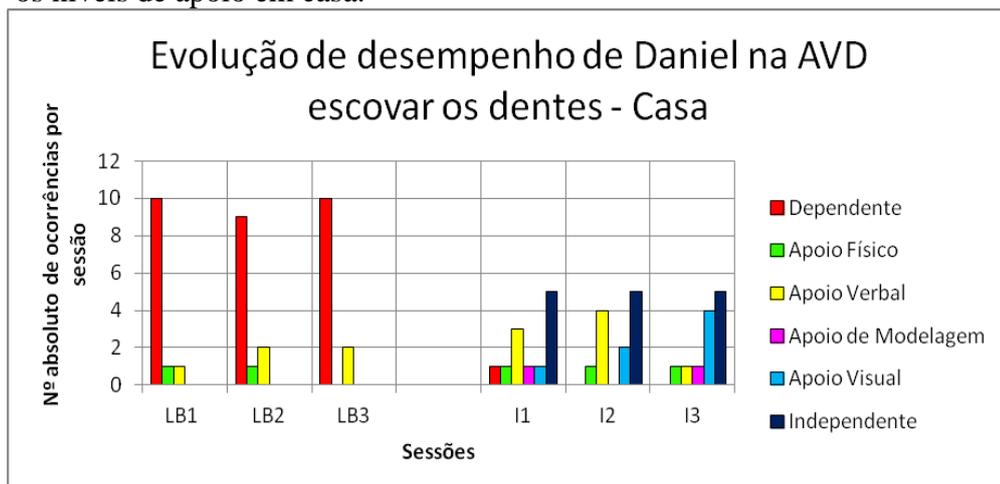
A evolução do desempenho na AVD "escovar os dentes" é observado nos gráficos a seguir, onde buscou-se mostrar o perfil de desempenho de Daniel na clínica e em sua casa. O eixo vertical refere-se ao número de etapas para a AVD em questão, logo o alcance das colunas dos gráficos, refere-se ao número absoluto de ocorrências de níveis de apoio por sessão.

Gráfico 3 - Evolução de desempenho ocupacional de Daniel de acordo com os níveis de apoio na clínica.



O gráfico 3 mostra que Daniel, na clínica, durante a LB, tinha a prevalência de apoio verbal e apoio físico, e muitas etapas não realizava sozinho. O dia em que demonstrou maior dependência foi na terceira sessão de LB, não realizando 5 etapas de 12. Comparando com a fase de I, observa-se que tinha um perfil de dependência bem maior na LB, demonstrando apenas na sexta sessão de I, uma ocorrência de dependência em apenas uma etapa da função. Concomitantemente, sua resposta ao apoio visual através da prancha, começou a aparecer na segunda sessão de I (3 etapas de 12), alcançando seu pico na sexta sessão de I (8 etapas de 12). É possível identificar que respostas independentes começaram a surgir na quinta sessão de I (1 etapa de 12), alcançando seu nível máximo na sétima sessão de I (2 etapas de 12). Observa-se que na LB há o predomínio de dependência de Daniel pelos PInst, e também o uso do apoio verbal para dar cadência na tarefa. Na intervenção, há um pequeno aumento no apoio verbal (primeira sessão) para eliminar as ocasiões de dependência, e nas sessões que se seguem, começa a surgir o apoio de modelagem, bem como o apoio visual dos símbolos, alcançando seu ápice na sexta sessão. A sétima sessão foi acompanhada pela nova PInst Joyce após orientação do PInst Maurício, e o desempenho de Daniel mostrou boa generalização do que havia aprendido com outras pessoa, apesar da queda do apoio visual em 3 etapas, aumento do apoio verbal em uma etapa e reaparecimento do apoio físico em duas etapas, em compensação houve aparecimento de independência em 2 etapas de 12.

Gráfico 4 - Evolução de desempenho ocupacional de Daniel de acordo com os níveis de apoio em casa.

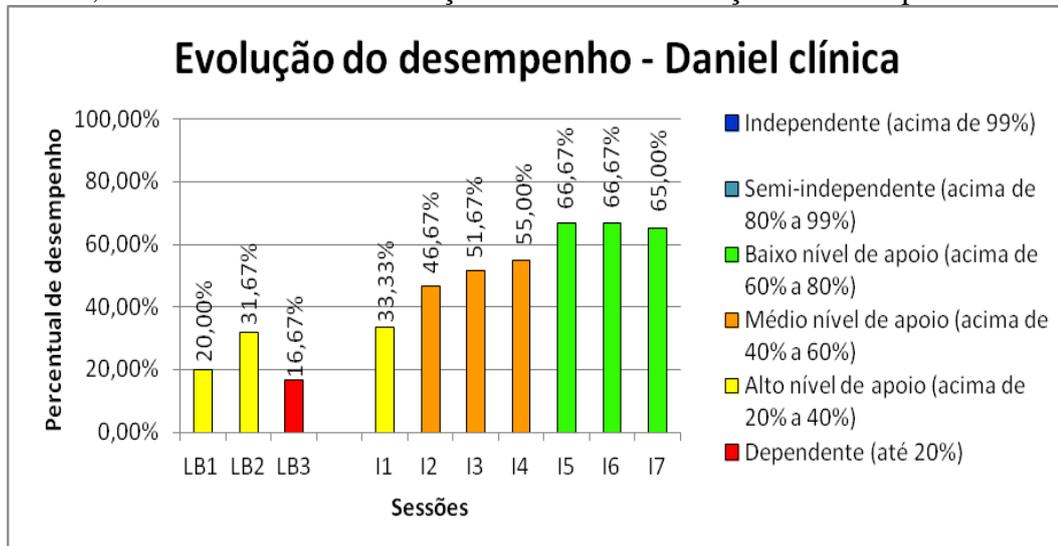


O gráfico 4 mostra que Daniel, em casa, durante a LB, tinha um perfil totalmente dependente de seus pais, pois há a prevalência de etapas em que ele não realizou (variação de 9 ou 10 de 12 etapas). Comparando com a fase de I, observa-se que seu nível de dependência cai drasticamente já na primeira sessão de I (ocorrência em 1 de 12 etapas), e nas sessões

subsequentes não houve mais manifestação de dependência. Ao mesmo tempo, já na primeira sessão de intervenção, houve o aparecimento do desempenho independente em 5 etapas de 12, mantendo-se estável até a terceira e última sessão de I. O apoio verbal que começou com 3 etapas de 12, aumentando até 4 etapas de 12, diminuiu para 1 ocorrência na última sessão de I, ao passo que o visual, através da prancha, que começou com 1 ocorrência na primeira sessão de I, foi evoluindo até alcançar 5 etapas de 12 na terceira sessão. É interessante observar que Daniel saiu de um alto nível de dependência na maioria das etapas das sessões de LB, para algumas ocasiões de total independência (em 15 situações em 3 sessões) nas três últimas sessões de I.

A fim de traçar um perfil de Daniel durante esse estudo, buscou-se demonstrar em cada sessão sua característica mais marcante quanto ao seu nível de independência para a AVD "escovar os dentes", de acordo com as informações de classificação de desempenho, contidas no quadro 7, na página 69. Para esse fim, os escores foram transformados em níveis percentuais, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 5 - nível de independência de Daniel para a AVD "escovar os dentes" na clínica, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho



O gráfico 5 mostra que na clínica, durante a LB, Daniel tinha um perfil prevalente de que necessitava de um alto nível de apoio para desempenhar a AVD "escovar os dentes", mas na última sessão, ele se caracterizou como dependente. Ainda no início da intervenção, Daniel mostrava necessitar de alto nível de apoio, e nas sessões subsequentes, ele foi evoluindo até assumir um perfil de quem precisa de um baixo nível de apoio. Daniel alcançou, portanto, um grau de independência muito bom neste período de tempo, inclusive na sétima sessão, com a

presença na nova PInst Helen, após receber as orientações do PInst Maurício que havia sempre acompanhado Daniel até aí.

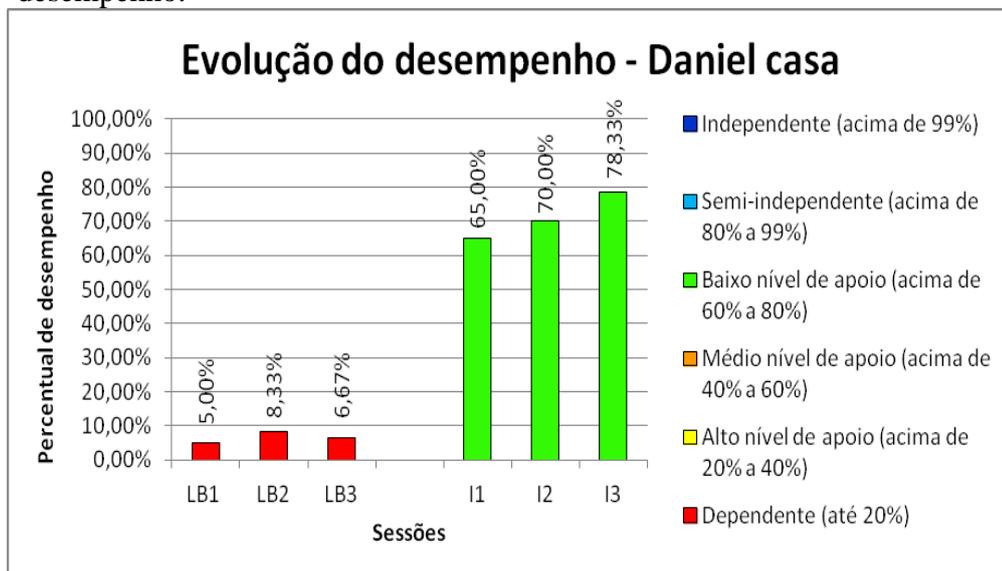
Figura 6 - Daniel com apoio físico em LB na clínica.



Figura 7 - Daniel durante a intervenção na clínica.



Gráfico 6 - nível de independência de Daniel para a AVD "escovar os dentes" em casa, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho.



No gráfico 6, observa-se a evolução de Daniel na AVD "escovar os dentes". Na LB, logo no início da pesquisa, Daniel tinha um perfil prevalentemente dependente. No retorno, ao final da pesquisa, para uma breve intervenção, ele assumiu um perfil de quem necessita de baixo nível de apoio. Tal fato demonstra que Daniel aceitou e conseguiu generalizar as habilidades adquiridas no ambiente domiciliar.

Figura 8 - Daniel em total dependência na AVD em casa.

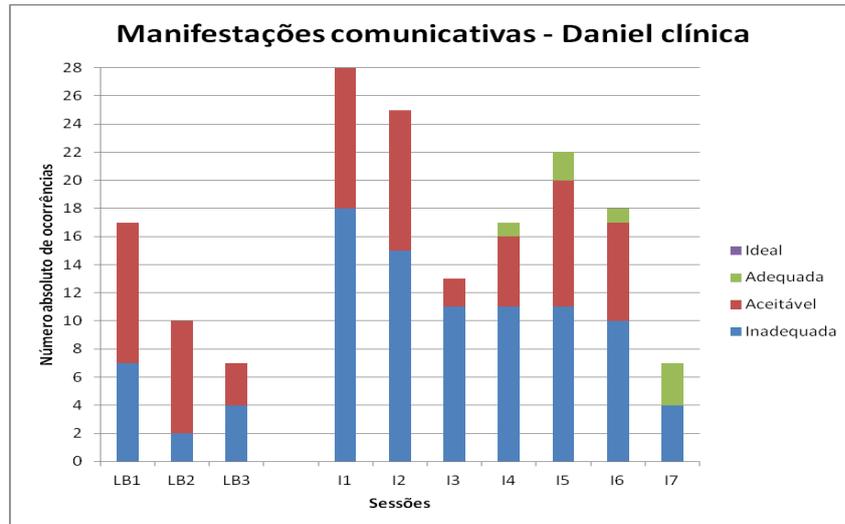


Figura 9 - Daniel durante intervenção em casa durante LB



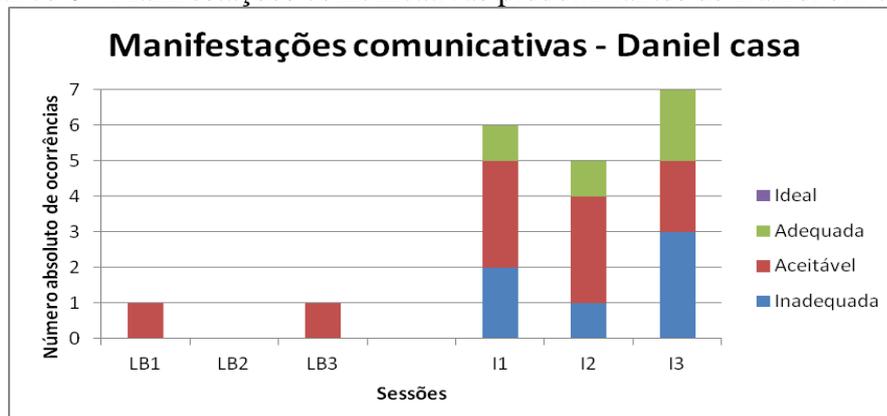
Sobre as manifestações comunicativas de Daniel, estas foram mensuradas durante a execução da AVD "escovar os dentes". Haja vista sua necessidade de acompanhamento na tarefa, supõe-se que a interação e a comunicação tornam-se imperiosas nesse momento. Abaixo, seguem gráficos que mostram as manifestações comunicativas predominantes em casa e na clínica.

Gráfico 7 - Manifestações comunicativas predominantes de Daniel na clínica



De acordo com o gráfico 7, a ocorrência das manifestações comunicativas foram variáveis de 7 a 28 ocorrências, mas nas sessões de LB tiveram um perfil apenas aceitável, e a partir da quarta sessão de I, mas várias ocorrências de comunicação inadequada (gritos, sons ininteligíveis e toques inconvenientes no outro). Daniel manifestou até 7 vezes uma comunicação mais adequada, envolvendo por exemplo, o apontar para algo concreto. O retrato do gráfico, sugere que quanto mais Daniel foi exigido para a função escovar os dentes, mais ele manifestou-se por vários tipos comunicativos inadequados, como que estivesse demonstrando incômodo ao ser colocado numa posição mais ativa. Apesar do aumento da comunicação inadequada, provavelmente por esse motivo, a partir da terceira sessão de I, essa comunicação diminuiu, manteve-se estável até a quinta sessão, caindo discretamente na sexta sessão, e mais ainda na sétima sessão. Percebe-se que a partir do momento que houve a queda da comunicação inadequada, a comunicação adequada surgiu e teve seu pico na última sessão.

Gráfico 8 - Manifestações comunicativas predominantes de Daniel em casa



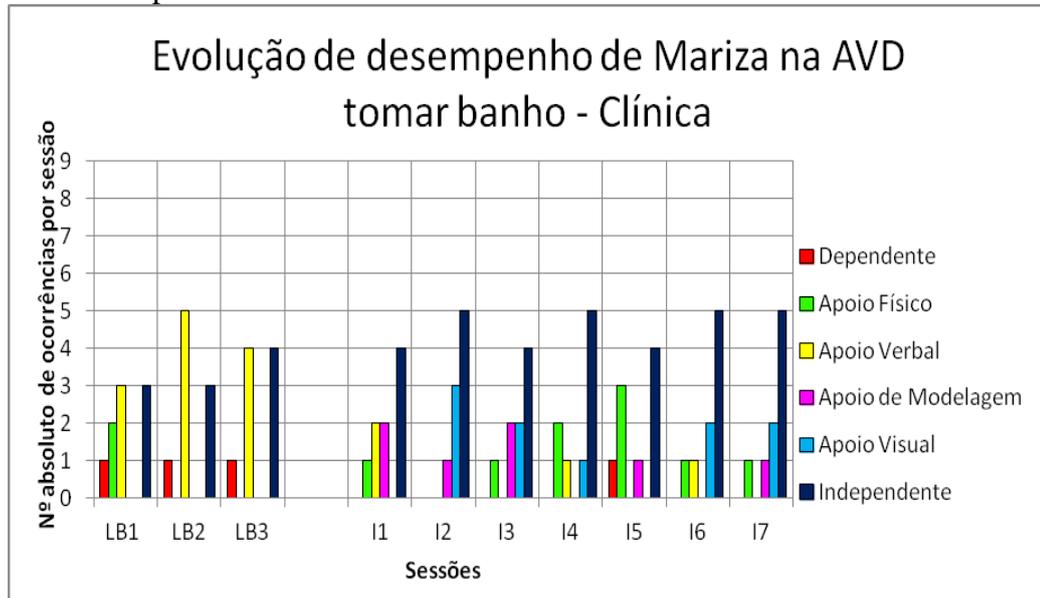
O gráfico 8 mostra que Daniel manifesta poucas comunicações aceitáveis em sua casa na LB. Sugere que sua relação de dependência, o deixa numa "zona de conforto", tranquilo e passivo, apenas sendo "levado a fazer". Com a intervenção, percebe-se o aparecimento de manifestações inadequadas (gritos e sons ininteligíveis), mas também há o aumento da comunicação aceitável, com três episódios de comunicação adequada (apontar). Tal fato pode demonstrar que apesar do incômodo, Daniel aceitou a intervenção também em sua casa, pois realizou a AVD, conforme aprendeu na clínica, e ainda exibiu que pode fazer uso de outras formas de comunicação mais oportuna.

Com relação ao acesso de Daniel à prancha para reconhecimento dos símbolos e montagem de sequência, este PA olhou com atenção para os símbolos desde o primeiro momento em que lhe foi apresentado, aceitando ajudar na sequência através de apoio físico. Na terceira sessão, começou a pegar os símbolos entregues pelo PInst e pôr na prancha com apoio verbal. Na quarta sessão, começou a escolher o símbolo certo entre duas opções dadas pelo PInst, e colocava na prancha com apoio verbal. Em casa, Daniel também mostrou total envolvimento com seus pais (que mediarão a partir das orientações) no momento desta sequência. Escolhia com desenvoltura os símbolos certos entre duas opções e, quando não escolhia o correto, parava, olhava para o PFam e sorria com um tom de brincadeira, voltando atrás e escolhendo o certo. Ao final, e diante dos elogios dos PFam, Daniel demonstrava alegria, sorrindo muito e batendo palmas. Vale lembrar que o material de CAA só foi introduzido a partir da fase de intervenção na clínica, e depois intervenção em casa.

### 3.1.2.2 Mariza

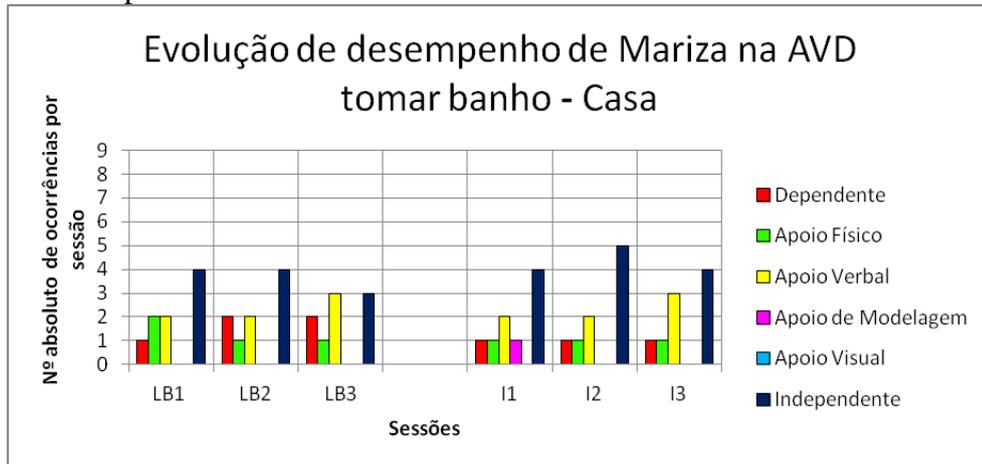
A evolução do desempenho na AVD "tomar banho" é observado nos gráficos a seguir, onde buscou-se mostrar o perfil de desempenho de Mariza na clínica e em sua casa. O eixo vertical refere-se ao número de etapas para a AVD em questão, logo o alcance das colunas dos gráficos, refere-se ao número absoluto de ocorrências de níveis de apoio por sessão.

Gráfico 9 - Evolução de desempenho ocupacional de Mariza de acordo com os níveis de apoio na clínica.



O gráfico 9 mostra que Mariza, na clínica, durante a LB, tinha a prevalência de apoio verbal, e algumas etapas, já conseguia realizar sozinha (3 a 4 etapas de 9), demonstrando bom potencial de evolução. Na fase de I, observa-se que o predomínio imediato de execução de etapas com independência (4 a 5 etapas de 9), com o aparecimento do apoio de modelagem já na primeira sessão de I, e do apoio visual na segunda sessão de I. Na quarta sessão, Mariza tinha atitude sugestiva de desconforto físico, e a PInst informou que ela já havia vomitado naquele dia, o que pode justificar um pequeno aumento do apoio físico. Já na quinta sessão, Mariza ficou bastante irritada quando, ao abrir sua mochila para separar sua roupa que usaria após o banho, percebeu que faltava uma peça limpa. Sua reação imediata foi de jogar objetos, rasgar a cortina do banheiro e manifestar vários atos inadequados para demonstrar sua insatisfação, como por exemplo pegar o xampu, derramar no chão e usá-lo para se ensaboar. Tal fato, pode ter influenciado diretamente no seu desempenho nesta sessão, onde percebe-se o aumento de apoio físico e até o aparecimento de dependência numa etapa da tarefa. Na sexta sessão houve a recuperação do seu desempenho, e a sétima demonstra que a intervenção com a outra PInst manteve-se estável, onde Mariza precisou de apoio visual e executou a maioria das etapas com independência (5 etapas de 9).

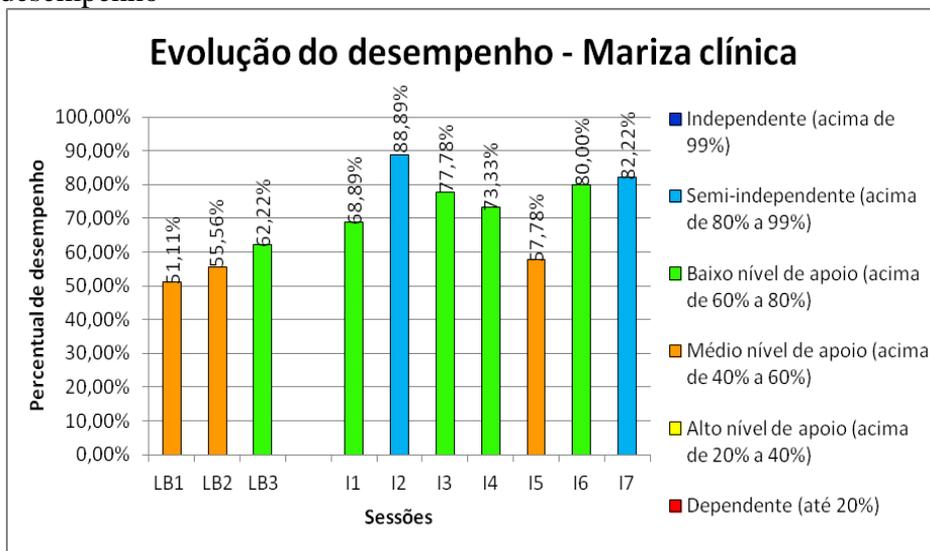
Gráfico 10: Evolução de desempenho ocupacional de Mariza de acordo com os níveis de apoio em casa



O gráfico 10 mostra que Mariza, em casa, durante a LB, alternava a necessidade de apoio físico e verbal, com algumas etapas dependentes e outras independentes. No retrato gráfico, não houve mudança significativa entre LB e I, apenas mantendo dependência em 1 etapa de 9 na I, e demonstrando independência em mais uma etapa na segunda sessão de I (5 etapas de 9).

A fim de traçar um perfil de Mariza durante esse estudo, buscou-se mostrar em cada sessão sua característica mais marcante quanto ao seu nível de independência para a AVD "tomar banho", de acordo com as informações de classificação de desempenho, contidas no quadro 7, na página 69. Para esse fim, os escores foram transformados em níveis percentuais, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 11 - nível de independência de Mariza para a AVD "tomar banho" na clínica, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho



O gráfico 11 mostra que na clínica, durante a LB, Mariza tinha um perfil prevalente de quem necessitava de um médio nível de apoio para desempenhar a AVD "tomar banho", mas na última sessão, ela mostrou que precisava de baixo nível de apoio. Na intervenção, Mariza manteve-se num perfil de baixo nível de apoio, chegando, em duas sessões a semi-independência, voltando para o médio nível de apoio justamente na sessão em que lhe faltou a peça de roupa limpa na sua mochila.

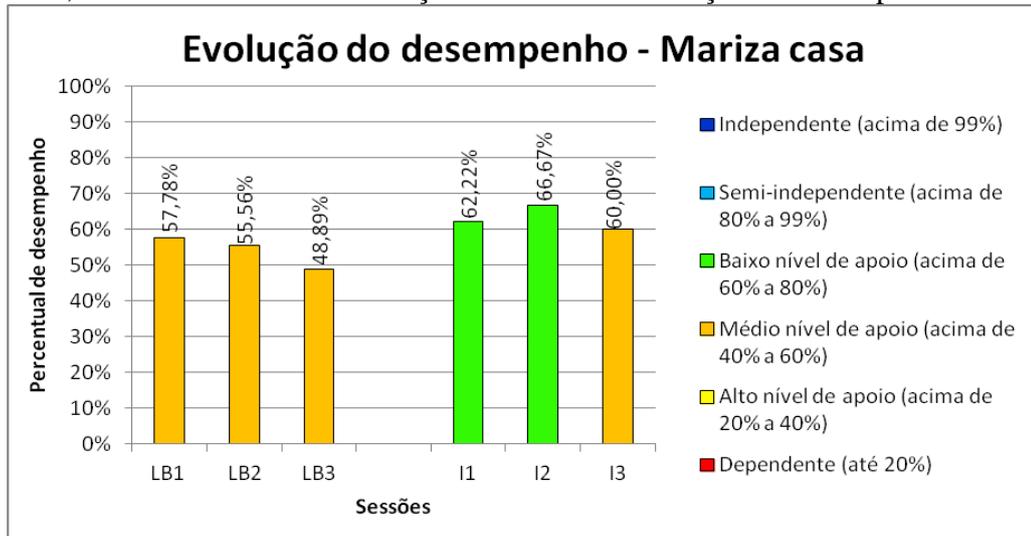
Figura 10 - PInst entregando a toalha à Mariza durante LB na clínica



Figura 11 - Mariza acessando sozinha seu xampu na fase de Intervenção.



Gráfico 12: nível de independência de Mariza para a AVD "tomar banho" em casa, de acordo com as informações de uma classificação de desempenho



No gráfico 12, observa-se a evolução de Mariza na AVD "tomar banho". Na LB, logo no início da pesquisa, Mariza tinha um perfil prevalentemente de quem precisava de médio nível de apoio. No retorno, ao final da pesquisa, para uma breve intervenção, ela assumiu um perfil de quem necessita de baixo nível de apoio, retornando ao médio nível de apoio na última sessão, demonstrando portanto, dificuldade na generalização da função em seu ambiente doméstico.

Figura 12 - Mariza recusando enxugar-se sozinha durante a LB

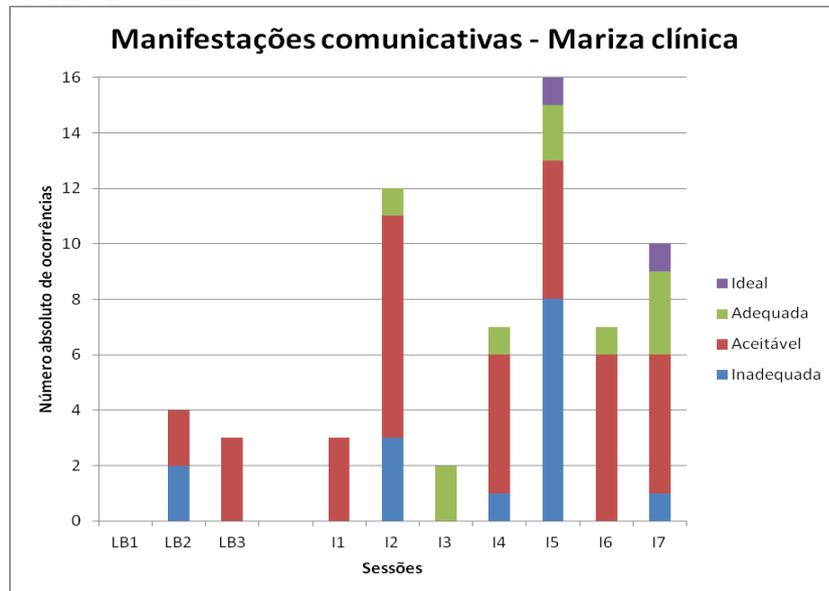


Figura 13 - Mariza lavando a cabeça na fase de intervenção na sua casa.



Sobre as manifestações comunicativas de Mariza, estas foram mensuradas durante a execução da AVD "tomar banho". Haja vista sua necessidade de acompanhamento na tarefa, supõe-se que a interação e a comunicação tornam-se fundamentais nesse momento. Abaixo, seguem gráficos que mostram as manifestações comunicativas predominantes na clínica e em casa.

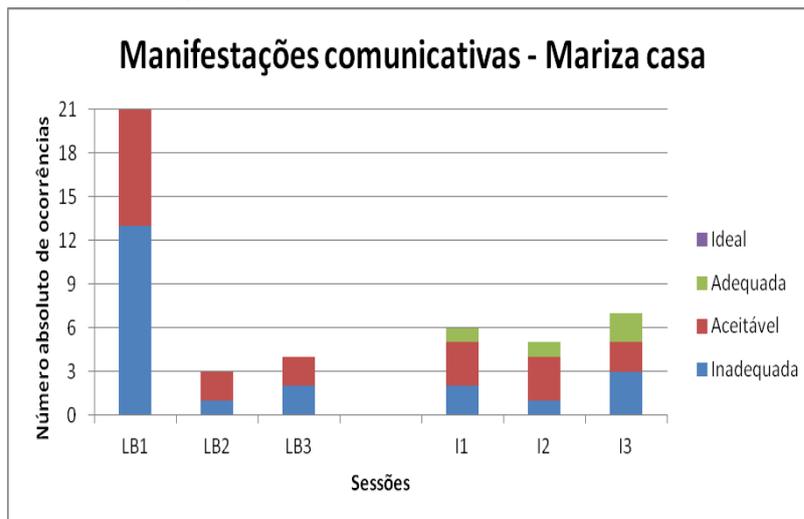
Gráfico 13 - Manifestações comunicativas predominantes de Mariza na clínica.



De acordo com o gráfico 13, a ocorrência das manifestações comunicativas foram variáveis de 3 a 16 ocorrências, mas nas sessões de LB tiveram um perfil apenas aceitável, com aparecimento de inadequação. A partir da segunda sessão de I, Mariza teve uma comunicação adequada (respondeu através de gestos com coerência), e na terceira sessão de I,

teve duas manifestações adequadas (gestos coerentes e apontou para o símbolo). A comunicação adequada ficou presente até o final da intervenção. A fase de I teve predominância da comunicação aceitável (expressões faciais e corporais), com pouca comunicação inadequada (gritos, risadas inconvenientes), mas esta teve seu pico, na quinta sessão de intervenção, quando lhe faltou a peça de roupa limpa na mochila, porém neste mesmo dia, teve duas manifestações adequadas ao apontar para o que queria mostrar, e uma comunicação ideal, quando falou "sim" mediante pergunta anterior feita pela PInst. Sua melhor performance comunicativa ocorreu na sétima sessão, com a nova PInst Joyce, com três manifestações adequadas e uma ideal. O retrato do gráfico sugere que, o perfil comunicativo de Mariza deve estar diretamente ligada ao seu comportamento frente ao tipo de afeto com o outro, a acontecimentos diários que podem perturbá-la, e o tipo de relação que lhe interessa sustentar, de acordo com a resposta do outro.

Gráfico 14 - Manifestações comunicativas predominantes de Daniel em casa



O gráfico 14 mostra que Mariza manifesta, na primeira sessão de LB, muitas comunicações inadequadas em sua casa, talvez por estar recebendo a pesquisadora pela primeira vez em seu ambiente. Nas outras sessões de LB, manteve-se estável com poucas manifestações comunicativas, e dessas, oscilava entre o inadequado e o aceitável. Na fase de I, manteve comunicações semelhantes à da LB, porém com a inserção 4 eventos de comunicação adequada nas três sessões. Tal fato pode demonstrar que apesar do domínio maior que Mariza tem em casa, não aceitando a intervenção mediada pelos PFam (seus pais), demonstrou em alguns momentos, o reflexo de sua evolução na clínica.

Com relação ao acesso de Mariza à prancha para reconhecimento dos símbolos e montagem de sequência, esta PA olhou com atenção para os símbolos desde o primeiro momento em que lhe foi apresentado, aceitando ajudar na sequência através de apoio verbal. Na terceira sessão, começou a escolher o símbolo certo entre duas opções dadas pela PInst, e colocava na prancha com apoio verbal. Na quarta sessão, já escolhia entre vários símbolos espalhados, e não precisava de apoio verbal para pôr os símbolos escolhidos na prancha. Em casa, Mariza, na primeira sessão de I, brincou com a prancha, dando risadas e errando a sequência, com atitude sugestiva de quem não queria aquele material. Seus pais não insistiram. Nas duas sessões subsequentes, Mariza recusou-se veementemente em utilizar a prancha, inclusive durante a execução da AVD, ela tentava pegar para destruir. Seus pais riam, tentando negociar, mas não respeitando o passo a passo orientado e por fim, disseram que "ela é assim, não gosta de misturar o que aprende na clínica com o que faz em casa". Vale lembrar que o material de CAA só foi introduzido a partir da fase de intervenção na clínica, e depois intervenção em casa.

Figura 14 - Tentativa de montagem da prancha - Mariza e seu pai.



### 3.1.3 Reavaliação

No último dia de intervenção nas casas de Daniel e Mariza, foi feita também uma entrevista semiestruturada com cada casal de pais, a fim de reavaliar o que eles consideravam como principais carências no desempenho ocupacional de seus filhos, utilizando o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).

### 3.1.3.1 Daniel

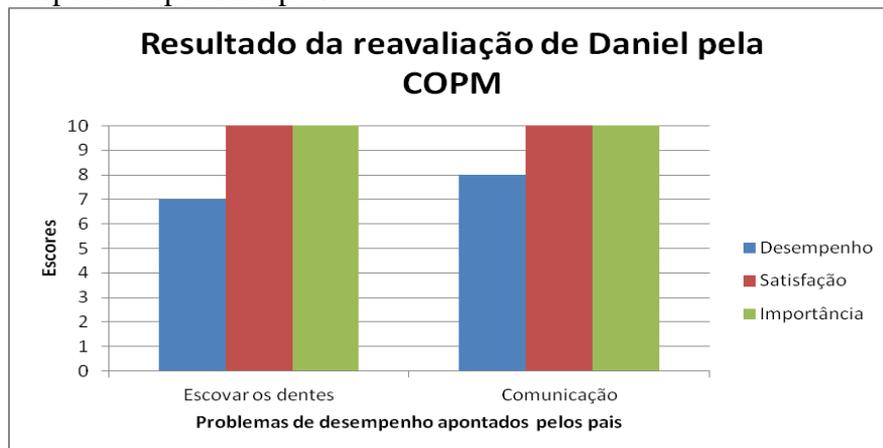
Recordando que na avaliação inicial pela COPM, Clara e Alexandre elencaram cinco atividades, como sendo os problemas de desempenho mais importantes de Daniel, na opinião deles. De acordo com as necessidades apontadas pelos PInst, foram consideradas apenas duas atividades, que seguem abaixo com pontuações de desempenho e de satisfação, ambas atribuídas pelos próprios pais (PFam), como mostra o quadro abaixo.

Quadro 10: Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Daniel e selecionados pelos PInst, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos pelos pais, na reavaliação.

<b>Problemas de Desempenho</b>	<b>Avaliação de desempenho</b>	<b>Avaliação de satisfação</b>
<b>Ocupacional</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Escovar os dentes	7	10
Comunicação	8	10

A pontuação de desempenho total de Daniel foi de 7,5; e a de satisfação foi 10, de acordo com os escores demonstrados no subitem de procedimentos de análise de dados do método, na página 67.

Gráfico 15: Resultado da reavaliação de Daniel pela COPM respondida por seus pais.



O gráfico 15 mostra a mudança de percepção dos PFam quanto ao desempenho de seu filho Daniel. Durante a entrevista, eles relataram que só não deram 10 pelo desempenho de

Daniel porque ele ainda não é totalmente independente, mas consideram que cada vitória do filho é grande e deve ser comemorada.

Os escores de mudança então foram os seguintes:

Mudança de Desempenho = 5,5

Mudança de satisfação = 8.

### 3.1.3.2 Mariza

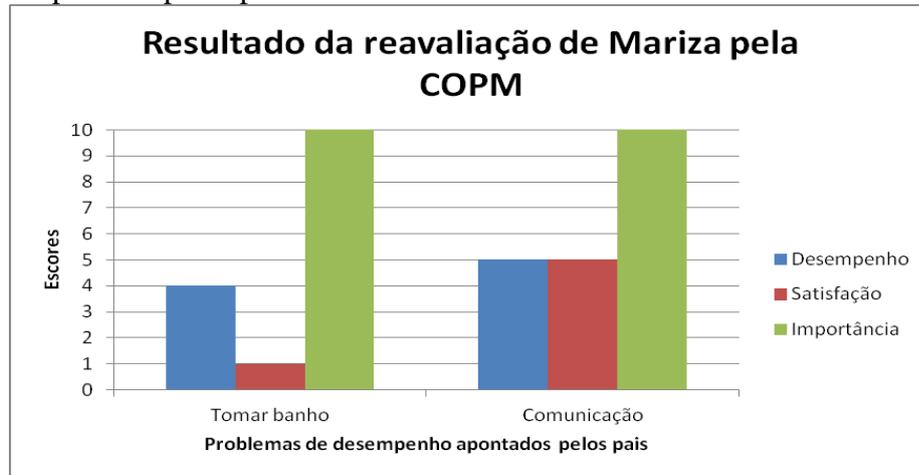
Recordando que na avaliação inicial pela COPM, Marina e Marcos elencaram cinco atividades, como sendo os problemas de desempenho mais importantes de Mariza, na opinião deles. De acordo com as necessidades apontadas pelos PInst, foram consideradas apenas duas atividades, que seguem abaixo com pontuações de desempenho e de satisfação, ambas atribuídas pelos próprios pais (PFam), como mostra o quadro abaixo.

Quadro 11 - Demonstrativo dos problemas de desempenho identificados pelos pais de Mariza e selecionados pelas PInst, bem como os escores de desempenho e satisfação fornecidos por eles, na reavaliação pela COPM.

<b>Problemas de Desempenho Ocupacional</b>	<b>Avaliação de desempenho 1</b>	<b>Avaliação de satisfação 1</b>
Comunicação	5	5
Tomar banho	4	1

A pontuação de desempenho total de Mariza foi de 4,5; e a de satisfação foi 3, de acordo com os escores demonstrados no subitem de procedimentos de análise de dados do método, na página 67.

Gráfico 16 - Resultado da reavaliação de Mariza pela COPM respondida pelos pais



O gráfico 16 mostra a mudança de percepção dos PFam quanto ao desempenho de sua filha Mariza. Curiosamente percebem mudança no seu desempenho na hora do banho, mas a satisfação cai bastante, onde é possível elucubrar dois fatores: alta expectativa familiar, pois talvez esperassem maior evolução neste período; ou dificuldade de se satisfazer e comemorar os pequenos avanços. Durante a entrevista, eles relataram que Mariza tem um gênio difícil, e embora já tenha sido muito pior, sabem que sempre será desse jeito.

### 3.2 Dos Participantes Instrutores (PInst)

Antes de oferecer o curso de capacitação digitalizado em aulas gravadas em DVDs, a equipe inteira da clínica foi reunida para preencher um questionário pré teste sobre o conteúdo que seria abordado nas aulas. Todos responderam, mas aqui serão apenas consideradas as respostas dos quatro PInst.

Dos quatro, somente Maurício revelou que nunca havia assistido aula no formato digitalizado. Todos manifestaram opinião sobre as possíveis vantagens em assistir aos módulos previamente gravadas, que ficaram em volta de que a ministrante pode apresentar um discurso retilíneo, e o ouvinte pode ter mais facilidade de acesso, fazendo reprise e pausa no vídeo, ou seja, julgaram que poderiam obter as informações contidas no DVD a qualquer momento.

Sobre o assunto "Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)", apesar de trabalharem diretamente com pessoas com esse diagnóstico, nenhum deles soube responder a respeito do

tema, mas todos reconhecem a importância em conhecer mais as características e manifestações do quadro. Na prática diária deles com os alunos, descreveram que a maior dificuldade para trabalhar com jovens autistas é o de lidar com o comportamento e com seus impedimentos comunicativos.

Sobre "Desempenho Ocupacional", somente a PInst Joyce respondeu à questão de qual seriam o maiores potenciais de Daniel e Mariza, considerando que eles sabem fazer tudo, mas foram acostumados a ser dependentes em suas atividades diárias. Os outros três PInst não souberam responder sobre isso. Quando questionados sobre os motivos que geravam as maiores dificuldades de desempenho de Daniel, eles responderam que era devido às estereotípias e dificuldades de linguagem. Para Mariza, eles associaram à dificuldades de linguagem e ao seu comportamento agressivo.

Sobre "Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA)", todos apenas já haviam ouvido falar, mas conseguiram associar a uma possibilidade de aquisição da fala como um dos principais objetivos do seu uso, inclusive foram capazes de considerar as outras formas comunicativas dos participantes alunos.

A respeito do assunto "Currículo Funcional Natural", ninguém tinha nenhuma informação sobre o programa educacional utilizado por algumas instituições especializadas.

Após o período estipulado para que todos assistissem ao curso "*A Funcionalidade de Jovens com TEA*", houve uma nova reunião para aplicação de um questionário pós teste, para verificar se houve apropriação do conteúdo desenvolvido no curso de capacitação. Toda a equipe da clínica respondeu, porém aqui só serão consideradas as respostas dos quatro PInst.

Apenas Joyce preencheu o questionário, e os outros três entregaram em branco, denotando que não haviam assistido aos DVDs, previamente, como tinha sido solicitado pela pesquisadora. Diante de tal fato, foi necessário marcar uma reunião de emergência com a diretora da clínica para participar-lhe do ocorrido. Esta, por sua vez, criou uma nova estratégia de ação, colocando os que não haviam assistido como donos de uma lista de controle, criada para que todos assistissem aos módulos do curso, em horários pré determinados por ela, no horário de expediente deles. Também foi oferecido um certificado para cada participante instrutor ao final da pesquisa (pedido do PInst Maurício). Foram cedidos mais 15 dias para que todos assistissem ao curso completo pelo DVD e, após esse período, conseguiram responder ao pós teste. O primeiro momento em que os DVDs foram disponibilizados para os PInst, foi definido aqui como primeira intervenção e, estratégia criada pela diretora da clínica, a fim de que os PInst pudessem assistir aos DVDs, foi definido como segunda intervenção.

Seguem observações da pesquisadora sobre os resultados do pós teste.

Sobre o assunto "Transtorno do Espectro Autista (TEA), os instrutores souberam falar um pouco mais sobre o quadro, porém ainda confundiram as definições contidas no DSM5 e DSM4. Sinalizaram o comportamento e a comunicação como as principais dificuldades que enxergam em seus alunos.

Com relação ao "Desempenho Ocupacional", todos conseguiram apontar potenciais nos PAs. No Daniel, identificaram boa percepção visual para o uso de cartões de CAA, e em Mariza, boa compreensão sobre tudo o que lhe é dito. Sobre as maiores dificuldades de Daniel, continuam apontando a dificuldade da comunicação e as estereotípias motoras, e em Mariza, as dificuldades de comunicação.

Sobre o "Processamento Sensorial", todos conseguiram compreender o conceito do termo utilizado no questionário, descreveram os canais sensoriais mais importantes e sinalizaram algumas características presentes no TEA que podem ser associadas aos problemas sensoriais dos PAs.

No que diz respeito à "Interação e Comunicação", todos os instrutores responderam que não conseguem pensar nas duas separadamente, inclusive conseguem observar Daniel e Mariza como sujeitos que poderiam se beneficiar com o uso da CAA.

Sobre o "Currículo Funcional Natural", todos acharam um bom caminho de tratamento, e consideram que já fazem algo parecido na clínica, pois tentam ensinar no ambiente e de forma mais natural possível; porém não conheciam o programa educacional propriamente dito.

### 3.2.1 Maurício

Maurício respondeu rapidamente ao pré teste, deixando seis questões em branco, e embora tenha demonstrado boa aceitação para o curso nessa fase, teve atitude sugestiva de que não assistiu aos DVDs, pois entregou o pós teste completamente em branco. Após as estratégias na segunda intervenção, Maurício mudou sua postura, respondendo corretamente à maioria das questões do pós teste e mostrando-se motivado até o final de sua participação.

### 3.2.2 Helen

Helen respondeu rapidamente ao pré teste, deixando sete questões em branco, e embora tenha demonstrado boa aceitação para o curso nessa fase, não assistiu aos DVDs, e entregou o pós teste completamente em branco. Logo após a aplicação do pré teste, a instrutora Helen ficou viúva, fato que comprometeu consideravelmente sua participação. Em seu luto, Helen foi novamente consultada para ficar livre e não participar, se assim preferisse, mas ela respondeu que seria bom, uma novidade. Após as estratégias na segunda intervenção, Helen respondeu ao pós teste (com dez itens em branco ou incompletos), mas esforçando-se para aprender e participando ativamente sempre que lhe era solicitado.

### 3.2.3 Daiane

Daiane respondeu rapidamente ao pré teste, deixando sete questões em branco, e embora tenha demonstrado boa aceitação para o curso nessa fase, assumiu que não assistiu aos DVDs, pois "não teve tempo" e entregou o pós teste completamente em branco. Após as estratégias na segunda intervenção, Daiane mudou sua postura, respondendo, e demonstrando bom desempenho nas respostas.

### 3.2.4 Joyce

Joyce teve a participação mais equilibrada, pois respondeu rapidamente ao pré teste (duas questões em branco), e também ao pós teste, logo na primeira intervenção, demonstrando boa aceitação para o curso desde o início. Joyce não precisou passar pela segunda intervenção, foi participativa em todo o processo, com bom aproveitamento do curso.

Após a aplicação final do pós teste, houve uma reunião com os quatro PInst, e nessa ocasião, ficou definido que seriam escolhidos apenas dois problemas de desempenho, incluindo a comunicação que foi uma queixa comum dos PFam. Em discussão e decisão conjunta, ficou definido que a principal AVD a ser trabalhada em Daniel seria "escovar os

dentes", e em Mariza, "tomar banho", pois embora estas funções não tenham recebido os menores escores de desempenho, na avaliação de seus pais pela COPM, os PInst ponderaram todos os problemas elencados pelos PFam e apontaram quais de fato eram também configurados como problema no ambiente da clínica. A função de comunicação foi continuamente observada durante o desempenho das AVDs "escovar os dentes" e "tomar banho".

Foi realizada uma entrevista com questões abertas com cada um dos PInst, a fim de observar a percepção deles a respeito do desempenho de Daniel e Mariza, bem como a confiança que eles depositavam na evolução dos PAs, considerando as faixas etárias em que se encontravam.

Com relação a Daniel, os dois PInst que mais lidavam com ele (Maurício e Helen), o consideraram muito dependente para a função de escovar os dentes, e atribuíram essa dependência por falta de estímulo familiar.

No que diz respeito às etapas da AVD "escovar os dentes", as respostas dos PInst não foram concordantes com relação a que Daniel demonstrava mais dificuldade em executar. Maurício avaliou que ele apresentava muita dificuldade em todas as passagens da atividade e só conseguia cuspir de forma adequada. Ambos reconheceram suas tentativas de comunicação e o consideraram eleito ao uso da CAA, pois achavam que sua dificuldade expressiva era consequência do fato das pessoas já o conhecerem e não lhe exigirem formas de expressão mais oportunas. Maurício narrou não ter perspectivas evolutivas com Daniel, uma vez que ele já estava com 29 anos.

Com relação a Mariza, as duas PInst que mais lidavam com ela (Daiane e Joyce), a consideraram muito dependente para a função de "tomar banho", e atribuíram essa dependência ao fato dela ter um comportamento difícil quando era solicitado para aceitar regras.

No que diz respeito às etapas da AVD "tomar banho", as respostas das PInst foram coincidentes com relação ao que Mariza demonstrava mais dificuldade em executar os passos exigidos durante a atividade. Ambas consideraram que lavar a cabeça corretamente era o passo mais difícil. Não estavam bem certas de que Mariza aceitaria a intervenção com o uso de cartões da CAA, pois temiam que ela pudesse destruir facilmente o material, além de que também acreditavam que ela não seria capaz de se expressar melhor devido ao fato de possuir um "comportamento difícil" (sic). Ainda assim, elas apostavam em alguma evolução favorável com o processo de intervenção.

### 3.3 Dos Participantes Familiares (PFam)

#### 3.3.1 Clara e Alexandre (Pais de Daniel)

Os PFam Clara e Alexandre foram sempre disponíveis diante as solicitações da pesquisadora. No retorno ao domicílio para intervenção ao final da pesquisa, os dois aceitaram prontamente as orientações sobre o uso da prancha de CAA e se empenharam para realizar o passo a passo de forma correta. Ambos os pais utilizam frequentemente reforçadores positivos sociais com Daniel, como "muito bem, filho!", "você é bom mesmo, cara!", "mamãe está tão orgulhosa de você", e também com beijos e afagos. Pediram para ficar com a prancha em casa e, acordaram entre eles como poderiam pôr em prática todos os dias. Certamente a conduta de Clara e Alexandre frente à intervenção em casa, influenciou diretamente nos resultados de Daniel.

#### 3.3.2 Marina e Marcos

Os PFam Marina e Marcos foram sempre disponíveis diante as solicitações da pesquisadora. No retorno ao domicílio para intervenção ao final da pesquisa, os dois foram resistentes e incrédulos no que refere às orientações sobre o uso da prancha de CAA e, na prática, não conseguiram realizar o passo a passo de forma correta, deixando-se envolver e convencer pelo domínio que Mariza detém no ambiente domiciliar. Ambos os pais são bem humorados, e carinhosos quando Mariza solicita, mas raramente utilizam reforçadores positivos sociais com a filha, como "muito bem!", "você está no caminho certo!". Apesar de ter sido oferecido, eles preferiram não ficar com a prancha em casa, baseados na crença de que ela jamais aceitaria. Certamente a conduta de Marina e Marcos frente à intervenção em casa, influenciou diretamente nos resultados de Mariza. Importante lembrar que, durante este processo, Marina também dividia suas atenções às necessidades de sua mãe, que está muito doente.

## 4 DISCUSSÃO

O Estudo ocorreu no ambiente do banheiro da clínica, onde participantes alunos (PAs) Daniel e Mariza frequentam e realizam as tarefas de escovar os dentes e tomar banho. Contou com as fases de linha de base e intervenção, divididas em sessões da residência e clínica. Teve a participação dos dois participantes alunos (PAs) Daniel e Mariza; quatro participantes instrutores (PInst) Maurício, Helen, Daiane e Joyce; e quatro participantes familiares (PFam) Clara, Alexandre, Marina e Marcos. A partir dos resultados apresentados anteriormente, serão discutidos os pontos mais significativos a respeito do desempenho dos participantes.

De acordo com a avaliação individual de cada participante aluno, pela COPM, seus pais reconheceram o grau de importância que a independência nas AVDs e AIVDs tem na vida de seus filhos, porém avaliaram o desempenho e suas satisfações com relação a isso, de forma bem aquém da esperada para a faixa etária dos avaliados.

Sobre os PInst, estes, como toda a equipe da clínica receberam inicialmente, a proposta da pesquisa com aceitação. No entanto, foi necessário pensar em estratégias fortuitas para desencadear a ação esperada de assistir às aulas digitalizadas em DVDs e responder ao pós teste. Quando finalmente foi respondido por todos, observou-se bom aproveitamento do curso, e absorção de boa parte do conteúdo técnico, o qual a maioria, nunca havia tido acesso. Após essa fase, houve adesão satisfatória, embora incompleta, de todos para o início da intervenção. A incompletude se deve ao fato dos instrutores nunca terem usado as pranchas "opcionais" disponíveis para seu uso, de modo a ampliar ainda mais a interação entre eles, o que foi justificado por ele, que ainda não se sentiam seguros para manejar tantos símbolos.

Considerando a arguição de Corrêa Netto (2013), que alerta sobre a urgência da formação e capacitação dos profissionais, a fim de facilitar o manejo dos indivíduos com TEA, verifica-se a premência em proporcionar constantes formações às equipes de trabalho, bem como o incentivo ao ensino colaborativo, que no caso deste estudo, ainda que tenha sido feito timidamente, trouxe bons resultados, quando a interação com os PAs Daniel e Mariza, passou para o comando dos PInst Helen e Joyce, após receberem orientações dos PInst Maurício e Daiane.

Neste estudo quase experimental, foi possível perceber uma diferença de conduta já na linha de base entre os PFam e PInst. Visivelmente os PInst tentavam incentivar muito mais os PAs a executar as tarefas com algum esforço, enquanto que os PFam, se adaptaram numa comunicação mais estática com seus filhos, prevendo todos os passos a seguir, de suas

vontades e necessidades, antecipando-se assim sem dar tempo de ação aos filhos, o que cristaliza uma relação de dependência.

A intervenção foi marcada por uma visível ascensão de Daniel, onde passou do perfil médio de muito dependente na linha de base, e foi subindo gradativamente os níveis de apoio na intervenção, até que ficou clara sua frequência no uso do recurso de CAA para mapeamento visual da tarefa, definindo-o por fim como alguém que precisa de baixo nível de apoio para realizar a AVD "escovar os dentes". A dinâmica dos pais após as orientações na intervenção domiciliar foi "a cereja do bolo" para que Daniel demonstrasse um desempenho ainda melhor do que já estava fazendo na clínica, corroborando com as afirmações de Nunes (2010), de que os pais costumam desempenhar o papel mais eficaz na estimulação do desenvolvimento de seus filhos, mas comumente ignoram grandes oportunidades de aprendizagem.

A evolução de Mariza foi mais discreta, pois seu desempenho anterior, embora tenha sido avaliado por seus pais como muito ruim, dava sinais que fazem acreditar que ela tem grande potencial de mudança para alcançar total independência. Ainda assim, apesar de ter maior perfil de quem precisa de baixo nível de apoio, em duas sessões chegou a ser semi-independente. A recepção das orientações da pesquisadora, na intervenção em casa, pelos pais pode ter sido uma evidência de que a conduta familiar influenciou diretamente na aceitação e evolução de Mariza, pois seu comportamento em casa tem uma silhueta regente frente as regras normais de uma casa, o que pode deixar seus pais sem disposição para mudar de atitude para transformar hábitos e modos de Mariza, que já deveriam ter se extinguido na infância.

Recordando o apontamento de Mendes (2006) de que é fundamental a colaboração entre pais, educadores e outros profissionais especializados para viabilizar a resolução de problemas dos alunos e para o desenvolvimento de todos os envolvidos, vê-se grande necessidade de expansão de todas intervenções da clínica para o ambiente domiciliar, com reforço de uma rede de profissionais envolvidos como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta fonoaudiólogo e psicólogo, para atender as todas as demandas da família possíveis.

Com relação às tentativas comunicativas de Daniel, os resultados mostraram que em casa, sua comunicação era mais inerte durante a linha de base, pois é como se os participantes familiares o conhecessem tão profundamente que são capazes de antever o que ele quer. Já na intervenção, quanto mais Daniel era cobrado a participar na execução de sua tarefa, maiores eram suas tentativas de comunicação inadequadas, como "cutucar" o outro e emitir sons ininteligíveis. Também demonstrou muitas expressões faciais de desagrado, o que foi considerado como uma forma aceitável de comunicação; isso, entretanto, não impediam sua

aquiescência ao instrutor nos comandos verbais, mímicos e visuais. Percebeu-se ainda que, com o tempo e o hábito das atividades no novo formato, Daniel foi se acomodando e, nas três últimas sessões de intervenção na clínica, conseguiu cumprir as etapas da atividade com melhor desempenho, e com o aparecimento de manifestações comunicativas mais adequadas.

Já Mariza, tem sua comunicação expressa muito frequentemente por seu comportamento ora brincalhão, ora subversivo, e, embora tenha boa cognição para a linguagem receptiva e expressiva, teve-se o intuito de modular seu comportamento, organizando-o através da CAA, e ir construindo melhor interação através dela, conforme sugeriu Cafiero (2001), quando afirmou que o uso da CAA pode favorecer a linguagem receptiva, organização de rotina e modulação do comportamento.

Apesar de seu baixo rendimento em casa, a intervenção a levou para um perfil semi independente na última sessão, com a manifestação de comunicação mais adequada, inclusive com uma ocorrência de comunicação ideal (fala).

Diante disso, e resgatando as considerações sobre a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) de Vygotsky (1987), pode-se pensar que a CAA serviu de "lente de aumento" para a compreensão da linguagem, pois foi utilizada a partir do potencial que naturalmente já existia nos sujeitos, mesmo diante da ausência da fala. Acredita-se que, com a continuidade do processo, tanto na clínica, como em casa, essa distância entre o nível atual de desenvolvimento dos PAs e o nível potencial poderá se abreviar cada vez mais.

No momento da intervenção em que Daniel era incentivado a sentar para ajudar na montagem da sequência da tarefa de escovar os dentes, antes de executar a AVD em si, houve notória evolução no acesso. No início, ele apenas olhava, depois montava com apoio físico, e por fim, estava escolhendo entre duas opções de figuras para montar a sequência, necessitando apenas de apoio verbal.

O mesmo ocorreu com Mariza, que, na clínica acessou facilmente os símbolos, até o momento em que conseguia pegar o símbolo correto no meio de todos misturados.

Durante toda a intervenção direcionada aos PInst, estes eram estimulados a acreditar e pensar na melhor forma de auxiliar os PAs, levando-se em consideração os ensinamentos de LeBlanc (1991) e o CFN, que defende como imprescindível, o ensino de coisas realmente úteis para a vida do aluno, num ambiente natural de ensino e com os procedimentos o mais próximo possível do real.

Certamente, a forma em que este estudo foi conduzido se identifica com a diretriz do CFN, já que está voltado para as necessidades reais e habilidades que podem ser aprendidas, em prol da melhor performance ocupacional nas AVDs e AIVDs do aluno, inclusive

ultrapassando-as sob o prisma de que apesar de um treino com etapas, prevê a acepção de si mesmo no contexto, estimuladas ainda pelas formas de interação que foram estruturadas com as pranchas com CAA.

O reforço positivo social é utilizado através de elogios, afagos, sorrisos, usado principalmente pelos pais de Daniel, foi uma maneira efetiva e rápida de conseguir estabilidade na aquisição da habilidade em casa, como bem defendeu LeBlanc, em 1992.

Enfim, torna-se incontestável o valor da parceria entre todos os participantes envolvidos para alcançar todas as potencialidades do indivíduo; neste caso, muitas vezes escondido em sua adiantada faixa etária ou costumes mal instalados, que acabam comprometendo a esperança e o ânimo de tentar e acreditar no aprendizado dos jovens com TEA.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se discute sobre inclusão, logo se imaginam as dificuldades travadas dentro do contexto escolar, no entanto antes da escola, esse processo rasteja desde sempre, esbarrando em crenças criadas pela família em casa, que aliam-se aos medos de rejeição e falta de espaço como cidadão, alcançando todos os ambientes possíveis para o indivíduo com TEA, incluindo o domicílio e a rua.

Tudo isso começa na mais tenra infância, onde as instalações de relações dependentes se cristalizam na vida adulta, sendo um desafio maior para os profissionais e pesquisadores da área.

Além das características presentes no TEA, que podem persistir com um quadro de dependência ocupacional ao longo da vida, a própria fase da adolescência acarreta mudanças biológicas e psíquicas, desencadeando ainda mais dificuldades e conflitos, comprometendo as expectativas dos pais de que seus filhos se tornem independentes nas atividades de vida diária e também financeiramente, pois sentem medo da morte por não saberem o que será dos filhos (SEGEREN; FRANÇOZO, 2014).

Infelizmente, as leis e normas sancionadas e divulgadas insistentemente, por vezes coloca a todos numa bomba relógio de utopia, o próprio governo a partir instala empecilhos que dificultam o acesso aos serviços a qualquer indivíduo. Cheak-Zamora e colaboradores (2013) confirmou isso, ao dizer que Jovens com TEA têm dificuldade em acessar os serviços de saúde e que a transição para a vida adulta é feita sem os apoios necessários.

O objetivo do estudo foi avaliar como a Comunicação Alternativa e Ampliada podem favorecer no desempenho ocupacional de jovens com TEA, contando com a participação e envolvimento dos instrutores que já trabalham com esses jovens numa clínica, bem como dos pais, de quem se esperava a replicação das orientações no ambiente domiciliar para a generalização. Contudo, a falta de conhecimento, informação e formação dos instrutores, sobre os assuntos reverbera nas dificuldades em compreender como podem incentivar e auxiliar esses indivíduos, bem como multiplicar as conquistas através de um elo com a família. Mediante a capacitação dos instrutores, estes consideraram que o curso e o acompanhamento das sessões para contínua orientação contribuíram de forma positiva no trabalho deles, visto que, depois disso, foram persistentes e confiantes no resultado, melhorando inclusive a interação com os participantes alunos.

Os resultados revelam sobre a importância de se investir na formação profissional para a lida com indivíduos com TEA na fase adulta, contribuindo, ainda que discretamente, para uma faceta da inclusão, no ambiente da instituição e, fazendo repercutir na casa . Não obstante, quando verificados os efeitos da intervenção nos PAs, o estudo mostrou que houve uma mudança significativa no desempenho ocupacional deste, fazendo uma ligação direta com a interação e comunicação, já que a dimensão comunicativa é ilimitada e, logo é capaz de imperar em qualquer situação, desde que haja, no mínimo duas pessoas.

Apesar da relevância desse estudo, já que até então, ainda não haviam sido encontrados estudos que relacionem o uso da CAA para promover o desempenho ocupacional de jovens com TEA, considerando como importante a formação continuada dos que lidam com os participantes alunos, há a grande possibilidade da formação presencial ter sido a melhor estratégia, caso houvesse tempo disponível por parte de todos, já que assistir aos módulos do curso pelo DVD, engessou os instrutores quando queriam tirar dúvidas imediatas. Além disso, as orientações aos pais, se feitas com frequência pelos instrutores (PInst) poderia ter colhido melhores frutos.

Neste sentido, fica óbvia a necessidade de mais investigações, com um período maior de intervenção e novas estratégias para o alcance de jovens e adultos com TEA, bem como sua família, do mesmo modo que é fundamental a replicação desse estudo com um número maior de sujeitos, a fim de verificar sua eficácia num universo grande, podendo fazer comparações entre grupos que recebem abordagens diferentes, inclusive para refletir sobre a validade da avaliação empírica criada nesta pesquisa a partir dos escores por etapa e equação do grau de independência, além da classificação do nível de desempenho, descritos todos nas páginas 67 e 69.

Também é essencial que tais métodos de avaliação criados, sejam replicados em outras funções ocupacionais, destrinchando as etapas sempre de modo universal para a tarefa, e não individual.

## REFERÊNCIAS

ALVES, A. A.; SILVA, K. C.; CAMPOS, L. C. C. C.; RUAS, T. C. B.; MARTINI, G. Integração sensorial e a abordagem da terapia ocupacional na neuropsiquiatria. *Temas desenvolvimento*, v. 17, 2011.

APA, 1952. Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorders. DSM-I. Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-i-pdf>. Acesso em 23/02/2014.

APA, 1968. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-II. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/14532307/dsmii>. Acesso em 23/02/2014.

APA, 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª ed. rev. DSM-III-R. Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iii-r.pdf>. Acesso em 23/02/2014.

APA, 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. DSM-IV. Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iv>. Acesso em 23/02/2014.

APA, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. ver. DSM-IV-TR. Disponível em <http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iv-tr>. Acesso em 23/02/2014.

APA, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Disponível em <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/proposed-dsm5-organizational-structure-and-disorder-names.aspx>. Acesso em 23/02/2014.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. v. XVI, n. 1, p. 67-82, 2014.

ASHBURNER, Jill; ZIVIANI, Jenny; RODGER, Sylvia. Sensory processing and classroom emotional, behavioral, and educational outcomes in children with autism spectrum disorder. *American Journal of occupational Therapy*. v. 62, p. 564-573, 2008.

ASSUNÇÃO, JR.; FRANCISCO, B.; SPROVIERI, Maria Helena; KUCZYNSKI, Evelyn; FARINHA, Vera. Reconhecimento Facial e Autismo. *Arq. Neuropsiquiatria*. São Paulo, v. 57, n. 4, p. 944-949, 1999.

AYRES, A. J. *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1972.

AYRES, A. J. *Sensory integration and the child*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1979.

AYRES, A. J. *Sensory integration and praxis tests*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1989.

BANDIM, J. M. et al. Autismo. Características clínicas, curso e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.44, n.12,1995.

BARNES, Karin J.; BECK, Alison J.; VOGEL, Kimberly A.; GRICE, Kimatha Oxford; MURPHY, Douglas. Perceptions regarding school-based occupational therapy for children with emotional disturbances. *The American Journal of Occupational Therapy*, v. 57, n. 3, p. 337-341, 2003

BELLINI, Scott; PETERS, Jessica K.; BENNERTA, Lauren; HOPF, Andrea. A meta-analysis of school-based social skills interventions for a children with autism spectrum disorders. *Remedial and special education*. v. 28, n. 3, p. 153-162, 2007.

BLACKSTONE, S. W. Seleting, using, and evaluating communication devices. In: GALVIN; SCHERER. *Evaluating, seleting, and using appropriate assistive technology*. Gaithers-burg, Maryland: Aspen, 1996.

BLANCHE, E. Intervention for motor control and movement organization disorders. In: CASE-SMITH, J. *Pediatric occupational Therapy and early intervention*. Boston: Butterworth-Heinemann, 1999. p. 255-276.

BLOOM, L. *One world at a time*. The Hague: Mouton, 1978.

BONDY, A.; FROST, L. *PECS: The Picture Exchange Communication System*. Cherry Hill, NJ: Pyramid Educational Consultants Inc, 1994.

BOSA, C. A.; SIFUENTES, M.; SEMENSATO, M. R. Coparentalidade e autismo: Contribuições teóricas e metodológicas. In: PICCININI, C. A.; ALVARNGA, P. (org.) *Maternidade e Paternidade: A parentalidade em diferentes contextos*. SP: Casa do Psicólogo, pp. 269- 293, 2012.

BOSA, C. As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 281-289, 2001.

BROWN, Natalie Bennett; DUNN, Winnie. Relationship between context and sensory processing in children with autism. *Journal of Occupational Therapy*. v. 64, p. 474-483, 2010.

CAMARGO, Siglia Pimentel Höher; BOSA, Cleonice Alves. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 65-74, 2009.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*. v. 26 , n. 47 , p. 639-650, set./dez. 2013

CAMPANÁRIO, I.; PINTO, J. O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, v.11, n. 21, pp. 150-16, 2008.

CALDAS, A. S. C.; FACUNDES, V. L. D.; SILVA, H. J. Using the Canadian Occupational Performance Measure in Brazilian studies: a systematic review. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 3, p. 238-244, set./dez. 2011.

CAOT. *Enabling Occupation An Occupational Therapy Perspective*. Toronto, CAOT Publications, 1997.

CHAIKLIN, S. A zona de desenvolvimento próximo na análise de vigotski sobre aprendizagem e ensino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 4, p. 659-675, out./dez 2011.

CHAMBERLAIN, Brand et al. Involvement or Isolation? The Social Networks of Children with Autism in Regular Classrooms. *Journal Dev. Disord*, n.37, 230-242, 2007.

CHAMPGNE, T. *Sensory modulation environment: Essential elements of occupation*. Southampton MA: Champgne Conferences & Consultation, 2006.

CHEAK-ZAMORA, N. et. al. Disparities in Transition Planning for Youth With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*, n 131, v 3, 447-454, 2013.

CHAPPARO, C.; RANKA, J. *The Occupational Performance Model (Australia): A description of constructs and structure*. Sidney, Australia: The University of Sidney, p. 1-22, 1997.

CORRÊA NETTO, M. M. F. Os desafios da inclusão. In: NUNES, L. R. O. P. *Ensaio sobre autismo e deficiência múltipla*. Rio de Janeiro: abpee, pp. 59 - 69, 2013.

CUVERO, M. M. *Qualidade de vida em cuidadores de crianças e adolescentes com autismo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, 2008, 73f.

CYPEL, S. O papel das funções executivas nos transtornos da aprendizagem. In ROTTA, N.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. (Eds.). *Transtornos da aprendizagem: Abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 375-387

DENÈVE, S.; DUHAMEL, JR.; POUGET, A. Optimal sensorimotor integration in recurrent cortical networks: a neural implementation of Kalman filters. *Journal Neuroscience*, v. 27, 2007.

DIOGO, M. J. D. E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, janeiro 1997.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011.

DZIUK, M. A.; GIDLEY LARSON, J. C.; APOSTU, A.; MAHONE, E. M.; DECKLA, M. B.; MOSTOFSKY, S. H. Dyspraxia in autism: Association with motor, social, and communicative deficits. *Developmental Medicine and Child Neurology*, n. 49, v. 10, pp. 734-739, 2007.

- FERNANDES, F. D. M.; TAMANHA A.C.; GUIMARÃES. Crianças Autistas sem Comunicação Verbal: Um exercício de investigação sociocognitiva. In: MARCHESAN, I.; ZORZI, J.L. (orgs). *Tópicos de Fonoaudiologia*. São Paulo: Editora Lovise, v. 3, pp. 253 -264, 1996.
- FERSON, L. The transition from construction to sketching in children's drawings. In: FREEMAN, N. H.; COX, M. V. *Visual order: The nature and development of pictorial representation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1985.
- FINO, C. N. Vygotsky e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP): três implicações pedagógicas. *Revista Portuguesa de Educação*. Braga: Universidade de Minho, n. 14, v. 2, pp. 273-291, 2001.
- FLIPPIN, M.; RESZKA, S. S.; WATSON, L. R. Effectiveness of the picture exchange communication system (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: a meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*. n. 2, v. 19, p. 178-195, 2010.
- FOGEL, Allan. *Developing Through relationships: origins of communications, self, and culture*. 1993
- FRITH, U. *Autismo: Hacia una explicacion del enigma*. Versão espanhola de Angel Rivière y Maria Nuñez Bernardos. Madrid: Alianza Editorial,. 3o . edição, 1995.
- GANZ, Jennifer B. et al. Variations on the Use of a Pictorial Alternative Communication System with a Child with Autism and Developmental Delays. *Teaching exceptional children plus*. V.1, 2005.
- GIARDINETTO, A. R. S. B. *Educação do aluno com autismo: um estudo circunstanciado da experiência escolar inclusiva e as contribuições do currículo funcional natural*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 193 f., 2009.
- GLENNEN , S. L. Introduction to augmentative and alternative communication. In: GLENNEN, S. L. e DeCOSTE, D. (Eds). *The handbook of augmentative and alternative communication*. San Diego: Singular, pp. 3-20, 1997.
- GOMES, Camila Graciella Santos. Autismo e ensino de habilidades acadêmicas: Adição e Subtração. *Revista Brasileira*. Ed. Especial, Marília, n. 13, v. 3, p. 345-364, set/dez 2007.
- GOMES, Camila Graciella Santos; MENDES, Enicéia Gonçalves. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*, n. 16, v.3. p. 375-396, 2010.
- GRANDIN, T.; PANEK, R. *O Cérebro Autista: pensando através do espectro*. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.
- GRANDIN, T. *Thinking in pictures: and other reports from my life with autism*. New York: Vintage Books, 1995.

HAPPÉ, Francesca; FRITH, Uta. The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism developmental disorders*, n. 36, v.1, 2006.

KANNER, L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child* 2, 1943. pp. 217-250.

KAZDIN, A. E. Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, n. 30, v. 1, pp. 59-67, 2001.

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

KLINGER, L. G.; DAWSON, G. Facilitating early social and communicative development in children with autism. In WARREN, S. F.; REICHLE, J. (Orgs.), *Causes and effects in communication and language intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes, pp.157-186, 1992.

KUPFER, D. J. *Medscape Multispecialty*. Jun, 2012. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/764735>. Acesso em: ago/2016.

LAMPRÉIA, Carolina. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. n. 17, v. 1, pp. 111-120, 2004.

LANE, S. J.; MILLER, L. J.; HANFT, B. E. Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 2: Sensory Integration Patterns of Function and Dysfunction. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, v. 23, n. 2, pp.1-3, 2000.

LAW, M.; BAPTISTE, S.; CARSWELL, A.; McCOLL, M. A.; POLATAJKO, H. L.; POLLOCK, N. The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy, *CJOT*, n. 57, v. 2, p. 82-87, 1990.

LAW, M.; BAPTISTE, S.; CARSWELL, A.; McCOLL, M. A.; POLATAJKO, H. L.; POLLOCK, N. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. Trad. Lívia de Castro Magalhães, Lilian Vieira Magalhães e Ana Amélia Cardoso. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

LEWIS, Soni M. S.; DE LEON, Viviane C. Programa TEACCH. In: SCHWARTZMAN J.S.; ASSUMPÇÃO, F. B. et al. *Autismo infantil*. São Paulo, p. 233-263, 1995.

LIRA, A. V. A. P.; WALTER, C. C. F. Integração sensorial na inclusão escolar: entendendo o mundo através dos sentidos do aluno. In: VI Congresso Brasileiro de Educação Especial, 2014, São Carlos. *VI Congresso Brasileiro de Educação Especial*, 2014.

LIRA, A. V. A. P.; WALTER, C. C. F. COMUNICAR É PRECISO: UM ENCONTRO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO. In: VI Congresso Brasileiro de Comunicação Alternativa, Campinas. *VI Congresso Brasileiro De Comunicação Alternativa*, ISAAC Brasil 2015.

LOVAAS, O.I.; SCHREIBMAN, L. Stimulus overselectivity of autistic children in a two-stimulus situation. *Behaviour Research and Therapy*, v. 9, pp. 305-310, 1971.

MACEDO, Elizeu. *Comunicação Alternativa: teoria, prática tecnologia e pesquisa*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, p. 96-106, 2009.

MAIA, E. R.; SOUZA, M. M.; MESQUITA, S. R. S. H.; IKONOMIDIS, V. M.; ARAOZ, S. M. M. Formação de Equipes colaborativas: Um caminho para a inclusão escolar responsável. In: NUNES, L. R. O. P. et. al. *Ensaio sobre autismo e deficiência múltipla*. Rio de Janeiro: abpee, pp. 147 - 160, 2013.

MARTINEZ-PEDRAZA, Frances de L.; CARTER, Alice S. Autism spectrum disorders in Young children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. n. 18, v. 3. P. 645-663, 2009.

McCLEERY, J. Pictures Better than Sign Language for Communicating with Kids with Autism. *Frontiers in Neuroscience*, abril 2013.

MERCADANTE, Marcos T.; GAAG, Rutger J. Van der; SCHAWARTZMAN, Jose S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v. 28, p. 12-20, 2006.

MIZAEEL, T. M.; AIELLO, A. L. R. Revisão de Estudos Sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) Para o Ensino de Linguagem a Indivíduos com Autismo e Outras Dificuldades de Fala. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 19, n. 4, p. 623-636, Out.-Dez., 2013

MOMO, A. R. B.; SILVESTRE, C.; GRACIANI, Z. *O processamento sensorial como ferramenta para educadores: Facilitando o processo de aprendizagem*. São Paulo: Mennon, 2007.

MONFORT, M. Perspectivas de Intervencion en Communication y language en Niños con Rasgos Autistas y/o Disfasia Receptiva. In: RIVIÈRE, A.; MARTOS, Juan. *Ministério de Trabalho Y Assuntos Sociales*. Secretária General de Assuntos Sociales. Madrid: Artegraf, S.A, 1997.

MONTEIRO, C. F. S.; BATISTA, D. O. N. M.; MORAES, E. G. C.; MAGALHÃES, T. S.; NUNES, B. M. V. T.; MOURA, M. E. B. Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. n. 61, v. 3, pp. 330-335, 2008.

MULDER, T. A process-oriented model of human motor behavior: Toward a theory-based rehabilitation approach. *Physical Therapy*, n. 71, v. 2, pp. 157-164, 1991.

NAVAS, Ana Luiza Gomes Pinto. Annual research review: the nature and classification of reading disorders – a commentary on proposals for DSM-5. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* v. 17, n. 3. pp. 370-371, 2012.

NUNES, L.R.O.P et al. *Favorecendo o desenvolvimento da comunicação alternativa em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais*. Rio de Janeiro: Dunya, 2003.

OLMEDO, Patrícia Blasquez. *Sem comunicação, há inclusão?: Formação de educadores em Comunicação Alternativa para crianças com autismo*. 2015. 199 f. Dissertação (Mestrado em

Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

OTERO, B. A.; ANGARITA, M. M.; ARIAS, P. Z. Percepciones de terapeutas ocupacionales sobre el lenguaje y La comunicación de lós niños com déficit de integración sensorial. *Revista Fac. Med.*, v. 58, pp. 263-271, 2010.

PARHAN, L. D. The relationship of sensory integrative development to achievement in elementary students. *Occup. Therapy j. Research.* v. 18, pp. 105-127, 1998.

PAULA, Cristiane S.; RIBEIRO, Sabrina H.; FOMBONNE, Eric; MERCADANTE, Marcos T. Brief Report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. *J. Autism Dev. Disord.* v.41, pp. 1738-1742, 2011.

PENERAI, Simonetta; ZINGALE, Marianella; TRUBIA, Grazia; FINOCCHIARO, Maria; ZUCCARELLO, Rosa; FERRI, Raffaele; ELIA, Maurizio. Special Education Versus Inclusive Education: The Role of the TEACCH Program. *Journal Autism Developmental Disord.* v. 39. pp. 874-882, 2009.

POLLOCK, N.; McCOLL, M. A.; CARSWELL, A. Medida de Performance Ocupacional Canadense. In: SUNSION, T. (Ed.). *Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação.* São Paulo: Roca, pp. 183-204, 2003.

PORTAL BRASIL (2013). *Pacientes com autismo terão direitos sociais reforçados.* Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/educacao/2013/04/pacientes-com-autismo-terao-direitos-sociais-reforcados>. Acesso em 09/07/2016.

REKERS, G. A.; LOVAAS, O. I. (1974). Behavioral Treatment of Deviant Sex-Role Behaviors in a Male Child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 7, n. 2, p. 173-190, 1974.

RIVIÈRE, Claude. *Introdução à antropologia.* Lisboa: Edições 70 Eriksen, T.H, 2004.

ROGERS, S. J., HEPBURN, S., WEHNER, E. Parents reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *Journal of autism & developmental disorders*, v. 33, pp. 631-642, 2003.

ROLEY, Susanne Smith; MAILLOUX, Zoe; MILLER-KUHANECK, Heather; GLENNON, Tara. Understanding Ayres Sensory Integration®. *OT Practice.* v. 12, n. 17, 2007.

SCHIRMER, C.; DUTRA, M. I.; FAGUNDES, S. L. Comunicação para todos – em busca da inclusão social e escolar. In: NUNES, L. R.; PELOSI, M.; GOMES, M.(Orgs), *Um Retrato da Comunicação Alternativa no Brasil: Relatos de Pesquisas e Experiências.* Rio de Janeiro: Edit Quatro Pontos/FINEP, 2007.

SCHMIDT, C.; DELL'AGLIO, D. D.; BOSA, C. A. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: Lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* n. 20, v.1, 124- 131, 2007.

SCHWARTZMAN, J. S. Neurobiologia do autismo infantil. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPCÃO, F. B. (orgs) . *Autismo Infantil.* São Paulo: Memnon, 17-78, 1995.

SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (2011). Viver sem limite. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>. Acesso em: 09/07/2016.

SEGEREN, L.; FRANÇOZO, M. de F. de C. As vivências de mães de jovens autistas. *Psicologia em estudo*. Maringá, n. 19, v. 1, p. 39-46, jan./mar. 2014.

SHATTUCK, P. T. Social Participation Among Young Adults with an Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. n. 43; v. 11; 2710–2719, 2013.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mundo Singular*. São Paulo: Objetiva, 2012.

SILVA, Louisa & SCHALOCK, Mark. Sense and self-regulation checklist, a measure of comorbid autism symptoms: initial psychometric evidence, *Am J Occup Ther*. n. 66, v. 2; pp.177-86, Mar-Apr 2012.

SMEHA, L. N.; CEZAR P. K. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia em Estudo*, n.16, v. 1, pp 43-50, 2011.

SOTILLO, M; RIVIÈRE, A. Sistemas Alternativos de Comunicacion y su empleo en autismo. In: RIVIÈRE, A.; MORTOS, J. (orgs) . *Ministério de Trabajo y Assuntos Sociales. Secretaria General de Assuntos Socialis*. Madrid: Artegraf, S.A, 1997.

SPRADLIN, J. E.; BRADY, N. C. Early childhood autism and stimulus control. In: GHEZZI, P.; WILLIAMS, W.; CARR, J. *Autism: Behavior analytic Perspectives*. Reno: Context Press, pp. 49-65, 1999.

STEVENSON, Ryan A.; SIEMANN, Justin K.; SCHNEIDER, Brittany C.; EBERLY, Haley E.; WOYNAROSKI, Tiffany G.; CAMARATA, Stephen M.; WALLACE, Mark T. Multisensory temporal integration in autism spectrum disorders. *The Journal of neuroscience*, n. 34, v. 3, p. 691-697, 2014.

STONE, W. L.; OSSLEY, O. Y.; LITTLEFORD, C. D. Motor imitation in young children with autism: what's the object? *Journal of Abnormal and Child Psychology*, n. 25, pp. 475-485, 1997.

STROMER, R.; McILVANE, W. J.; SERNA, R. W. Complex stimulus control and equivalence. *The Psychological Record*, n. 43, pp. 585-598, 1993.

SUPLINO, M. H. F. *Análise experimental dos efeitos da aplicação do Currículo Funcional Natural nos comportamentos auto-estimulatórios e autolesivos em crianças autistas, no ambiente de sala de aula*. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

TOGASHI, C. M.; WALTER, C. C. F.; LIMA, C. B. A utilização de Comunicação Alternativa e Ampliada por alunos com autismo nas salas de Atendimento Educacional Especializado. In: V Congresso Brasileiro de Educação Especial, 2012, São Carlos. *V Congresso Brasileiro de Educação Especial*, 2012.

TOGASHI, C. M. *A Comunicação Alternativa e Ampliada e suas contribuições para o processo de inclusão de um aluno com Transtorno do Espectro do Autismo com distúrbios na comunicação*. 2014. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

TOMCHEK, Scott D.; DUNN, Winnie. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. *American Journal of Occupational Therapy*. V. 61, p. 190-200, 2007.

TULIMOSCHI, M. E. *A psicopedagogia do autismo*. CEDAP/APAE Unidade II de Pirassununga, 2002.

WALTER, C. C. F. *Os efeitos da adaptação do PECS associada ao curriculum funcional em pessoas com autismo infantil*. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2000.

\_\_\_\_\_. *Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo*. 2006. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

\_\_\_\_\_. Comunicação alternativa para pessoas com autismo: o que as pesquisas revelam sobre o uso do PECS por pessoas com autismo. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M.J.; MACEDO, E. *Comunicação alternativa: teoria, prática, tecnologia e pesquisa*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2009. p.96-106.

WALTER, C. C. F. ; ALMEIDA, M.A. Aplicação do programa de comunicação alternativa e ampliada no contexto familiar de pessoas com autismo. In: NUNES, L.R.O.P.; PELOSI, M. B.; GOMES, M.R. (Orgs.). *Um retrato da comunicação alternativa no Brasil*. Rio de Janeiro: 4 Pontos Estúdio Gráfico e Papéis, v.1, 2007.

WALTER, C. C. F. ; ALMEIDA, M.A. Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, p.429-446, 2010.

WALTER, C. C. F.; NUNES, D.R. Estimulação da linguagem em crianças com autismo. In: LAMÔNICA, Dionísia Aparecida Cusin (Org.). *Estimulação de linguagem: aspectos teóricos e práticos*. São José dos Campos: Pulso, pp.141-172, 2008.

WATLING, Renée L.; DIETZ, Jean. Immediate effect of Ayres's sensory integration – based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders. *American Journal of Occupational Therapy*. v. 61, pp. 574-583, 2007.

WERTZNER, H. F.; AMARO, L.; TERAMOTO, S. S. Gravidade do distúrbio fonológico: julgamento perceptivo e porcentagem de consoantes corretas. *Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), n. 17, v. 2, pp. 185-194, maio-ago. 2005.

WINDHOLZ, M. H. (1995). Autismo Infantil: terapia comportamental. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPCÃO, F. B. (orgs). *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon, 179- 210, 1995.

WING, L.; EVERARD, M. P. et al. *AI: Aspectos médicos y educativos*. San Dalmacio: Santillana S.A. de Ediciones. Gráfica Internacional, 1982.

WHITE, B. L. *The first three years of life*. Prentice Hall, 1975.

ZANNI, K. P.; BIANCHIN, M. A.; MARQUES, L. H. N. Qualidade de vida e desempenho ocupacional de pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia. *J. Epilepsy Clin. Neurophysiol.*, Porto Alegre, n. 15, v. 3, pp. 114-117, 2009

## APÊNDICE A - Pré e Pós teste da capacitação dos instrutores da clínica

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Mestrado em Educação

NOME DO PARTICIPANTE:

IDADE: SEXO: ( )M ( )F

GRAU DE INSTRUÇÃO: ( ) 1º grau incompleto  
( ) 1º grau completo  
( ) 2º grau incompleto  
( ) 2º grau completo  
( ) 3º grau incompleto  
( ) 3º grau completo  
( ) Pós-graduação

OCUPAÇÃO NA INSTITUIÇÃO:

DATA:

### PRÉ-TESTE

Prezado(a) participante, hoje daremos início ao curso "**A funcionalidade de jovens com TEA**" na modalidade videoaula, onde todos terão acesso a 4 módulos de assuntos pertinentes ao tema para assistirem até o dia 22/03/2016, quando estaremos novamente reunidos para discutir sobre o material, tirar dúvidas e trocar experiências.

Solicito, nesse primeiro momento, que você responda a esse questionário, a fim de que eu possa descobrir os conhecimentos prévios do grupo, bem como ter uma base de como poderei proceder para melhor atendê-los em suas necessidades.

Estou à disposição para mais esclarecimentos e, desde já, agradeço por essa parceria.

Atenciosamente,  
Aureanne Villacorta

#### - SOBRE O FORMATO DA AULA

1) Você já assistiu a alguma vídeo aula antes? ( ) Sim ( ) Não

2) Você acha que aulas nesse formato podem ser proveitosas? ( ) Sim ( ) Não

3) Na sua opinião, quais as principais vantagens em assistir aulas por vídeo (marcar até 3)?

- ( ) Facilidade de acesso em horários que me atendam
- ( ) Possibilidade de manusear o vídeo, pausando, retornando a cenas que considero importantes, etc.
- ( ) Conforto
- ( ) Mais atraente visualmente
- ( ) Sem interferências de outros participantes
- ( ) Aula mais direta, sem assuntos paralelos
- ( ) Não gosto de videoaulas.

#### - SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

1) Você conhece o novo manual de diagnóstico DSM5? ( ) Sim ( ) Não

2) Qual era o tripé que definia o autismo até o DSM4? \_\_\_\_\_

3) Qual é a tríade que caracteriza o TEA hoje? \_\_\_\_\_

4) Na sua opinião, qual a maior dificuldade a ser trabalhada nos jovens autistas?

( ) Comportamento ( ) Preguiça ( ) Independência ( ) linguagem

5) Você acha importante conhecer mais sobre o Transtorno do Espectro Autista?

- ( ) Sim, é sempre bom renovar e somar conhecimentos
- ( ) Não, isso não influencia no meu trabalho

#### - SOBRE O DESEMPENHO OCUPACIONAL

1) Você acha possível uma pessoa ser independente sem ser autônoma? ( ) Sim ( ) Não

2) Você acha possível uma pessoa ser autônoma sem ser independente? ( ) Sim ( ) Não

3) Dos jovens sujeitos dessa pesquisa, considerando as áreas de desempenho, qual o maior potencial que você vê:

- a) Na Mariza\*? \_\_\_\_\_  
 b) No Daniel\*? \_\_\_\_\_

4) Quais os componentes de maior empecilhos para o desempenho de:

- a) Mariza\*:( ) Motor ( ) Sensorial ( ) Comportamento ( ) Dificuldade de linguagem  
 b) Daniel\*:( ) Motor ( ) Sensorial ( ) Alerta ( ) Estereotípias ( ) Dificuldade de linguagem

- SOBRE A INTEGRAÇÃO SENSORIAL

- 1) Você agora reconhece o termo Distúrbio de Integração Sensorial?( ) Sim ( ) Não  
 2) Quais os canais sensoriais mais importantes? \_\_\_\_\_

3) Cite três características no TEA que podem estar relacionadas com o Distúrbio de Integração Sensorial. \_\_\_\_\_

- SOBRE INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO HUMANA

- 1) O que você considera mais importante no processo de desenvolvimento humano?  
 ( ) Interação ( ) Comunicação ( ) Não consigo pensar nos dois separadamente
- 2) Você conhece algo sobre a Comunicação Alternativa e Ampliada?  
 ( ) Já ouvi falar ( ) trabalho utilizando esse recurso ( ) Leio bastante sobre o assunto  
 ( ) Nunca ouvi falar ( ) Já fiz cursos
- 3) O que você entende sobre a Comunicação Alternativa e Ampliada?  
 ( ) Deve ser empregada apenas para os indivíduos que nunca vão falar  
 ( ) Pode facilitar a aquisição da fala

- SOBRE O CURRÍCULO FUNCIONAL NATURAL

- 1) Você conhece o Currículo Funcional natural? ( ) Sim ( ) Não
- 2) O que você considera mais eficaz durante um treino de funcionalidade?  
 ( ) Seguir etapas rígidas pré-estabelecidas  
 ( ) Apresentar um sistema de ensino no ambiente e de forma natural.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Mestrado em Educação

NOME DO PARTICIPANTE:

IDADE: SEXO: ( ) M ( ) F

GRAU DE INSTRUÇÃO: ( ) 1º grau incompleto  
( ) 1º grau completo  
( ) 2º grau incompleto  
( ) 2º grau completo  
( ) 3º grau incompleto  
( ) 3º grau completo  
( ) Pós-graduação

OCUPAÇÃO NA INSTITUIÇÃO:

DATA:

PÓS-TESTE

Prezado(a) participante, tendo finalizado o curso "**A funcionalidade de jovens com TEA**" na modalidade videoaula, onde todos tiveram acesso a 4 módulos de assuntos pertinentes ao tema para assistirem até o dia de hoje, quando estamos novamente reunidos para discutir sobre o material, tirar dúvidas e trocar experiências.

Solicito que você responda a esse questionário, a fim de que eu possa saber se o curso foi importante para você, bem como conhecer as mudanças em sua prática a partir do que foi exposto.

Também tenho o objetivo de trazer elementos que possam aprimorar e enriquecer próximas intervenções de formação. Sua opinião é muito importante para mim.

Estou à disposição para mais esclarecimentos e, desde já, agradeço por essa parceria.

Atenciosamente,

Aureanne Villacorta

**ASSINALE O GRAU DE SATISFAÇÃO**

<b>Categorias</b>	<b>Itens Avaliados</b>	<b>Ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Bom</b>	<b>Ótimo</b>
<b>Organização do Curso</b>	Organização dos módulos				
<b>Estrutura</b>	Recurso vídeo aula				
<b>Curso</b>	Conteúdo (teoria)				
	Aplicabilidade prática das informações				
	Tempo de duração				
	Escolha dos subtemas por módulo				
<b>Ministrante</b>	Grau de conhecimento/domínio do assunto				
	Clareza				
	Didática				
<b>Avaliação Geral</b>					

- SOBRE O FORMATO DA AULA

1) O curso ministrado no curso agregou novos conhecimentos à sua prática profissional?

( ) Sim ( ) Não

2) Você acha que aulas nesse formato conseguiram prender a sua atenção? ( ) Sim ( ) Não

3) Na sua opinião, quais as principais vantagens em assistir aulas por vídeo (marcar até 3)?

( ) Facilidade de acesso em horários que me atendam

( ) Possibilidade de manusear o vídeo, pausando, retornando a cenas que considero importantes, etc.

( ) Conforto

( ) Mais atraente visualmente

( ) Sem interferências de outros participantes

- ( ) Aula mais direta, sem assuntos paralelos  
 ( ) Não gosto de videoaulas.

4) Indique um assunto que gostaria de entender mais: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

1) Você conhece o novo manual de diagnóstico DSM5? ( ) Sim ( ) Não

2) Qual era o tripé que definia o autismo até o DSM4? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) Qual é a díade que caracteriza o TEA hoje? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4) Na sua opinião, qual a maior dificuldade a ser trabalhada nos jovens autistas?

( ) Comportamento ( ) Preguiça ( ) Independência ( ) linguagem

5) Você acha importante conhecer mais sobre o Transtorno do Espectro Autista?

( ) Sim, é sempre bom renovar e somar conhecimentos

( ) Não, isso não influencia no meu trabalho

- SOBRE O DESEMPENHO OCUPACIONAL

1) Você acha possível uma pessoa ser independente sem ser autônoma? ( ) Sim ( ) Não

2) Você acha possível uma pessoa ser autônoma sem ser independente? ( ) Sim ( ) Não

3) Dos jovens sujeitos dessa pesquisa, considerando as áreas de desempenho, qual o maior potencial que você vê:

a) Na Mariza\*? \_\_\_\_\_

b) No Daniel\*? \_\_\_\_\_

4) Quais os componentes de maior empecilhos para o desempenho de:

a) Mariza\*: ( ) Motor ( ) Sensorial ( ) Comportamento ( ) Dificuldade de linguagem

b) Daniel\*: ( ) Motor ( ) Sensorial ( ) Alerta ( ) Estereotípias ( ) Dificuldade de linguagem

- SOBRE A INTEGRAÇÃO SENSORIAL

1) Você agora reconhece o termo Distúrbio de Integração Sensorial? ( ) Sim ( ) Não

2) Quais os canais sensoriais mais importantes? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3) Cite três características no TEA que podem estar relacionadas com o Distúrbio de Integração Sensorial. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- SOBRE INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO HUMANA

1) O que você considera mais importante no processo de desenvolvimento humano?

( ) Interação ( ) Comunicação ( ) Não consigo pensar nos dois separadamente

2) Você acha adequado trabalhar com a Comunicação Alternativa e Ampliada com os indivíduos que você atende?

( ) Sim ( ) Não ( ) Somente com os que não falam

3) O que você entende sobre a Comunicação Alternativa e Ampliada?

( ) Deve ser empregada apenas para os indivíduos que nunca vão falar

( ) Pode facilitar a aquisição da fala

- SOBRE O CURRÍCULO FUNCIONAL NATURAL

1) O que você acha o Currículo Funcional natural?

( ) Pode ser um bom caminho de tratamento

( ) Não acho viável diante da rotina que temos que cumprir

- ( ) Fundamental para que os indivíduos alcancem mais independência.
- 2) O que você considera mais eficaz durante um treino de funcionalidade?
  - ( ) Seguir etapas rígidas pré-estabelecidas
  - ( ) Apresentar um sistema de ensino no ambiente e de forma natural.

**APÊNDICE B** - Fichas de registro das AVDs "escovar os dentes", "tomar banho" e sobre comunicação.

**FICHA DE REGISTRO DA AVD ESCOVAR OS DENTES**

**DATA DA OBSERVAÇÃO:**

**OBSERVADOR:**

**1) PEGAR PASTA E ESCOVA DE DENTES NO LOCAL ONDE FICAM GUARDADOS:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

--

**2) ABRIR A TAMPA DA PASTA DE DENTE**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

--

**3) APERTAR A BISNAGA PARA PÔR A PASTA NA ESCOVA**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

--

**4) FECHAR A TAMPA DA PASTA DE DENTE**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

--

**5) MOLHAR A ESCOVA**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**6) ESCOVAR OS DENTES DA FRENTE**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS: Caso não tenha conseguido dizer o porquê

**7) ESCOVAR OS DENTES DE TRÁS**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS: Caso não tenha conseguido dizer o porquê

**8) CUSPIR**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**9) LAVAR A BOCA**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS: Preciso usar o copo para ajudar no bochecho?  sim  não

**10) LAVAR A ESCOVA DE DENTE**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**11) ENXUGAR A BOCA**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**11) GUARDAR ESCOVA E PASTA DE DENTE NO LUGAR**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**FICHA DE REGISTRO DA AVD TOMAR BANHO****DATA DA OBSERVAÇÃO:****OBSERVADOR:****1) LIGOU O CHUVEIRO:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**2) ENTROU DEBAIXO DO CHUVEIRO:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**3) PEGOU O XAMPU E ADMINISTROU A QUANTIDADE NA MÃO:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**4) LAVOU A CABEÇA:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**5) PEGOU O SABONETE E ENSABOOU-SE:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal

- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**6) ENXAGUOU A CABEÇA E O CORPO:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**7) FECHOU O CHUVEIRO:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**8) PEGOU A TOALHA:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

**9) ENXUGOU-SE:**

- Realizou sozinho
- Realizou com apoio visual (figuras)
- Realizou com apoio de imitação
- Realizou com apoio verbal
- Realizou com apoio físico
- Não realizou

OBSERVAÇÕES OU ESTRATÉGIAS:

## FICHA DE REGISTRO SOBRE COMUNICAÇÃO

**DATA DA OBSERVAÇÃO:**

**OBSERVADOR:**

ANTES DA ESCOVAÇÃO/BANHO

**1) Olhou para algum símbolo?**

Sim     Não

**2) Ajudou a montar a sequencia?**

Sim     Não

**2.2) Precisou de algum tipo de ajuda?**

Ajuda Física

Ajuda Verbal

Não

**3) Apontou intencionalmente para algum símbolo?**

Sim     Não

Marque o número de vezes você percebe uma tentativa de comunicação do paciente.

**1) Chorou ou gritou ou emitiu som ininteligível (que não dá pra entender):**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10 ou mais

**2) Teve gesto de contato:**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10 ou mais

**3) Demonstrou expressão corporal ou facial:**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10 ou mais

**4) Apontou para algo concreto com a intenção de mostrar ou pedir:**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10 ou mais

**5) Acessou algum símbolo de CAA disponível:**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10 ou mais

**5) Falou de forma inteligível:**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10 ou mais

**APÊNDICE C** - Guia de entrevista aberta para os instrutores**ENTREVISTA COM O FUNCIONÁRIO**

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

GRAU DE INSTRUÇÃO:

DESCRVER SUA OCUPAÇÃO NA CLÍNICA:

- 1) APONTE COMO VOCÊ CONSIDERA A FUNCIONALIDADE DE **D.** PARA ESCOVAR OS DENTES?
- 2) A QUE VOCÊ ATRIBUI A DEPENDÊNCIA DE **D.** PARA ESCOVAR OS DENTES LOGO NO PRIMEIRO MOMENTO?
- 3) VOCÊ SE CONSIDERA UM PROFISSIONAL IMPORTANTE PARA O TRABALHO QUE **D.** NECESSITA REALIZAR NA CLÍNICA?
- 4) VOCÊ ACHA QUE **D.** AINDA PODE EVOLUIR EM ALGO, CONSIDERANDO SUA IDADE?
- 5) ANALISE AS TAREFAS ABAIXO E MARQUE A PRIMEIRA QUE **D.** DEMONSTRA DIFICULDADE EM EEXECUTAR:
- 6) PELA SUA EXPERIÊNCIA E OBSERVAÇÃO, VOCÊ ACHA QUE **D.** CONSEGUIRÁ EVOLUIR EM ALGUM ASPECTO?
- 7) COMO VOCÊ CONSIDERA O DESEMPENHO DE **D.** PARA COMUNICAR-SE?
- 8) A QUE VOCÊ ATRIBUI ESSA DEPENDÊNCIA?
- 9) VOCÊ CONSIDERA QUE **D.** ESTÁ TENTANDO SE COMUNICAR QUANDO APONTA OU GRITA?
- 10) VOCÊ ACHA QUE AINDA É POSSÍVEL QUE **D.** MELHORE SUA LINGUAGEM EXPRESSIVA FAZENDO USO DE CAA?

**APÊNDICE D - Quadros de mensuração de fidedignidade**

<b>Nome do participante aluno: Daniel</b>				
<b>Função observada: Escovar os dentes</b>				
<b>Sessão</b>	<b>Pontuação total por sessão considerada por cada juiz</b>		<b>Número de etapas concordantes entre os 2 juízes</b>	<b>Índice de fidedignidade</b>
	<b>Juiz 1</b>	<b>Juiz 2</b>		
18/01/2016	3	3	12	<b>100,00%</b>
19/01/2016	5	5	12	<b>100,00%</b>
21/01/2016	4	2	11	<b>91,67%</b>
24/02/2016	12	18	10	<b>83,33%</b>
02/03/2016	19	19	12	<b>100,00%</b>
11/04/2016	10	12	10	<b>83,33%</b>
09/05/2016	20	20	12	<b>100,00%</b>
10/05/2016	38	38	12	<b>100,00%</b>
11/05/2016	31	31	12	<b>100,00%</b>
13/05/2016	33	33	12	<b>100,00%</b>
18/05/2016	40	40	12	<b>100,00%</b>
01/06/2016	40	40	12	<b>100,00%</b>
27/07/2016	39	40	11	<b>91,67%</b>
08/08/2016	39	39	12	<b>100,00%</b>
09/08/2016	42	41	11	<b>91,67%</b>
10/08/2016	47	47	12	<b>100,00%</b>
<b>ÍNDICE TOTAL DE CONCORDÂNCIA</b>				<b>96,35%</b>

**Legenda de cores:**

	LB Casa
	LB Clínica
	I Clínica
	I Casa

Nome do participante aluno: Mariza				
Função observada: Tomar Banho				
Sessão	Pontuação total por sessão considerada por cada juiz		Número de etapas concordantes entre os 2 juízes	Índice de fidedignidade
	Juiz 1	Juiz 2		
12/01/2016	27	27	12	100,00%
13/01/2016	25	24	11	91,67%
25/01/2016	22	22	12	100,00%
24/02/2016	23	22	11	91,67%
29/02/2016	25	25	12	100,00%
02/03/2016	26	26	10	83,33%
09/05/2016	31	32	11	91,67%
11/05/2016	40	41	11	91,67%
18/05/2016	40	40	12	100,00%
01/06/2016	33	33	12	100,00%
02/06/2016	21	21	12	100,00%
09/06/2016	36	36	12	100,00%
27/06/2016	37	37	12	100,00%
26/07/2016	24	24	12	100,00%
29/07/2016	30	29	11	91,67%
02/08/2016	27	27	12	100,00%
<b>ÍNDICE TOTAL DE CONCORDÂNCIA</b>				<b>96,35%</b>

Legenda de cores:

	LB Casa
	LB Clínica
	I Clínica
	I Casa

Nome: Daniel						
Função observada: Manifestações comunicativas						
Local	Sessão	Data das sessões	Categorias	Pontuação		Índice de fidedignidade
				1º juiz	2º juiz	
Casa	LB1	18/01/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	1	1	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%

	LB2	19/01/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	0	0	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB3	21/01/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	1	1	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
Clínica	LB1	24/02/2016	Inadequada	7	6	85,71%
			Aceitável	10	10	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB2	02/03/2016	Inadequada	2	1	50,00%
			Aceitável	8	8	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB3	11/04/2016	Inadequada	4	4	100,00%
			Aceitável	3	3	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	I1	09/05/2016	Inadequada	18	19	94,74%
			Aceitável	10	10	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	I2	10/05/2016	Inadequada	15	15	100,00%
			Aceitável	10	9	90,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	I3	11/05/2016	Inadequada	11	10	90,91%
			Aceitável	2	2	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
I4	13/05/2016	Inadequada	11	11	100,00%	
		Aceitável	5	5	100,00%	
		Adequada	1	1	100,00%	
		Ideal	0	0	100,00%	
I5	18/05/2016	Inadequada	11	10	90,91%	
		Aceitável	9	8	88,89%	
		Adequada	2	2	100,00%	
		Ideal	0	0	100,00%	
I6	01/06/2016	Inadequada	10	10	100,00%	

	17	27/07/2016	Aceitável	7	7	100,00%
			Adequada	1	1	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
			Inadequada	4	4	100,00%
			Aceitável	0	0	100,00%
			Adequada	3	3	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
Casa	11	08/08/2016	Inadequada	2	2	100,00%
			Aceitável	3	2	66,67%
			Adequada	1	1	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	12	09/08/2016	Inadequada	1	1	100,00%
			Aceitável	3	3	100,00%
			Adequada	1	1	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	13	10/08/2016	Inadequada	3	3	100,00%
			Aceitável	2	2	100,00%
			Adequada	2	2	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
<b>Total do índice de concordância:</b>						<b>97,78%</b>

Nome: Mariza						
Função observada: Manifestações comunicativas						
Local	Sessão	Data das sessões	Categorias	Pontuação		Índice de fidedignidade
				1º juiz	2º juiz	
Casa	LB1	12/01/2016	Inadequada	13	12	92,31%
			Aceitável	8	8	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB2	13/01/2016	Inadequada	1	2	50,00%
			Aceitável	2	2	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB3	25/01/2016	Inadequada	2	2	100,00%
			Aceitável	2	2	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
Clínica	LB1	24/02/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	0	0	100,00%

			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB2	29/02/2016	Inadequada	2	1	50,00%
			Aceitável	2	2	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	LB3	02/03/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	3	2	66,67%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	11	09/05/2016	Inadequada	0	1	0,00%
			Aceitável	3	3	100,00%
			Adequada	0	0	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	12	11/05/2016	Inadequada	3	3	100,00%
			Aceitável	8	7	87,50%
			Adequada	1	2	50,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	13	18/05/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	0	0	100,00%
			Adequada	2	2	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	14	01/06/2016	Inadequada	1	1	100,00%
			Aceitável	5	5	100,00%
			Adequada	1	1	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	15	02/06/2016	Inadequada	8	7	87,50%
			Aceitável	5	5	100,00%
			Adequada	2	2	100,00%
			Ideal	1	1	100,00%
	16	09/06/2016	Inadequada	0	0	100,00%
			Aceitável	6	6	100,00%
			Adequada	1	1	100,00%
			Ideal	0	0	100,00%
	17	27/06/2016	Inadequada	1	2	50,00%
			Aceitável	5	5	100,00%
			Adequada	3	3	100,00%
			Ideal	1	1	100,00%
Casa	11	26/07/2016	Inadequada	2	2	100,00%
			Aceitável	3	2	66,67%
			Adequada	1	1	100,00%

			<b>Ideal</b>	0	0	<b>100,00%</b>
<b>12</b>	<b>29/07/2016</b>		<b>Inadequada</b>	1	1	<b>100,00%</b>
			<b>Aceitável</b>	3	3	<b>100,00%</b>
			<b>Adequada</b>	1	1	<b>100,00%</b>
			<b>Ideal</b>	0	0	<b>100,00%</b>
<b>13</b>	<b>02/08/2016</b>		<b>Inadequada</b>	3	3	<b>100,00%</b>
			<b>Aceitável</b>	2	2	<b>100,00%</b>
			<b>Adequada</b>	2	2	<b>100,00%</b>
			<b>Ideal</b>	0	0	<b>100,00%</b>
<b>Total do índice de concordância:</b>						<b>93,76%</b>

## APÊNDICE E - Conteúdo Programático do Curso oferecido aos instrutores

### "A FUNCIONALIDADE DE JOVENS COM TEA"

<u>Breve história sobre o TEA</u>	<u>Currículo Funcional Natural</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critérios diagnósticos</li> <li>- Sinais precoces sugestivos de TEA</li> <li>- Tratamento</li> <li>- Conceitos importantes sobre funcionalidade</li> <li>- Desempenho Ocupacional</li> <li>- Áreas de desempenho</li> <li>- Componentes de desempenho</li> <li>- Contextos de desempenho</li> <li>- Rotina e imprevistos</li> <li>- Objetivo final</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo do Currículo Funcional Natural (CFN)</li> <li>- Breve histórico sobre a origem do CFN</li> <li>- Filosofia</li> <li>- Estrutura</li> <li>- Metodologia</li> <li>- Efeitos no comportamento e habilidades funcionais</li> <li>- Pesquisas</li> </ul>
<p data-bbox="264 931 632 965"><u>O que é Integração Sensorial?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento Normal</li> <li>- Por que conhecer a Integração Sensorial?</li> <li>- Comportamentos inadequados</li> <li>- Canais Sensoriais</li> <li>- Integração Sensorial e Aprendizagem</li> <li>- Déficit de Integração Sensorial (DIS)</li> <li>- O que fazer diante da suspeita de DIS?</li> <li>- Agravantes</li> <li>- Desafios da inclusão</li> </ul>	
<p data-bbox="264 1435 572 1469"><u>Interação e Comunicação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolução da espécie</li> <li>- Desenvolvimento da linguagem</li> <li>- A interação e a comunicação no TEA</li> <li>- Recursos de comunicação</li> <li>- Sociointeracionismo</li> <li>- Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA)</li> <li>- Recursos de CAA mais conhecidos</li> <li>- PECS</li> </ul>	

## ANEXO A - Modelo do Perfil Sensorial Adolescente/Adulto (Brown e Dunn, 2002)

**Perfil Sensorial - Adolescente / Adulto**

Catana Brown, Ph.D., OTR, FAOTA  
Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

Nome:		Idade		Data da avaliação	
Nascimento:		sexo	F	M	
Existem aspectos da sua vida que não são satisfatórios para você? Se sim, por favor relate.					

**INSTRUÇÕES**

Por favor, cheque o quadro que melhor descreve a frequência com a qual você desempenha as seguintes tarefas. Se você não pode responder porque não havia experimentado esta situação em particular, por favor marque com um X o número do item.

Escreva qualquer comentário que acredite ser conveniente ao final de cada seção.

Por favor, responda todas as questões. Utilize as seguintes definições para marcar suas respostas:

Nunca: Quando tem a oportunidade nunca responde desta maneira (cerca de 5% ou menos vezes)

Raramente: Quando tem a oportunidade nunca responde desta maneira (cerca de 25% das vezes)

Ocasionalmente: Quando tem a oportunidade nunca responde desta maneira (cerca de 50% das vezes)

Frequentemente: Quando tem a oportunidade nunca responde desta maneira (cerca de 75% das vezes)

Sempre: Quando tem a oportunidade nunca responde desta maneira (cerca de 95% ou mais vezes)

Item	A-Processamento Tátil/Olfatório	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	Saio ou me movo para outro lugar quando sinto um odor forte (produtos de banho, vela e perfume.)					
2	Agrego condimento na minha comida					
3	Não sinto coisas que outras pessoas dizem sentir ( cheiro)					
4	Gosto de estar próximo de pessoas perfumadas					
5	Como somente comidas que me são familiares					
6	Muitas comidas as sinto leves para mim (em outras palavras não tem suficiente consistência)					
7	Não gosto do sabor forte das pastilhas de menta ou de guloseimas (exemplo, canela, ou guloseimas azedas)					
8	Sinto cheiro de flores frescas quando as vejo.					

Comentários .....

.....

.....

Item	B - Processamento do Movimento	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
9	Tenho medo de altura					
10	Gosto de me sentir em movimento (ex. como se estivesse dançando, correndo)					
11	Evito elevadores e ou escadas porque não gosto do movimento					
12	Tropeço ou trombo contra as coisas					
13	Não gosto do movimento de andar de carro					
14	Escolho desempenhar/ocupar-me em atividades físicas.					
15	Me sinto inseguro(a) quanto ao equilíbrio quando subo ou desço em escadas (ex. tropeço, perco o equilíbrio e ou preciso segurar no corrimão)					
16	Fico nauseado facilmente (ex. quando me inclino sobre algo ou quando me levanto muito rápido)					

Comentários .....

Item	C - Processamento Visual	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
17	Gosto de ir a lugares que tenham luzes brilhantes e que sejam coloridos					
18	Mantenho as cortinas fechadas quando estou em meu lugar					
19	Gosto de colocar roupas coloridas					
20	Me sinto frustrado(a) quando preciso encontrar algo em uma caixa cheia ou em uma casa desorganizada					
21	Não observo os sinais das ruas, edifícios ou habitação quando vou a um lugar novo					
22	Me incomoda com imagens visuais assombrosas ou com movimentos rápidos nos filmes ou programas de TV					
23	Não percebo quando uma pessoa entra dentro do quarto ou da casa					
24	Escolho ir a pequenos comércios porque os grandes lugares de compra me oprimem					
25	Me incomoda quando vejo grande quantidade de movimento ao meu redor (ex. shoooping, desfile, carnaval)					
26	Limito as distrações quando estou trabalhando ( fecho a porta, apago a TV)					

Comentários .....

Item	D - Processamento Tátil	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
27	Gosto que me toquem as costas					
28	Gosto de cortar o cabelo					
29	Evito ou coloco luvas ao realizar atividades que sujam as mãos					
30	Toco as outras pessoas quando estou falando (ex. coloco a minha mão sobre os seus ombros ou dou a mão)					
31	Me sinto incomodado com a sensação que percebo em minha boca quando me levanto de manhã					
32	Gosto de andar descalço(a)					
33	Não me sinto confortável ao me vestir com certos tecidos (ex. lã, seda, etiquetas na roupa)					
34	Não gosto de certas texturas na comida (ex. pêssego com casca, ricota)					
35	Me afasto quando outras pessoas se colocam muito próxima de mim					
36	Não percebo quando o meu rosto ou as minhas mãos estão sujas.					
37	Me machuco (raspão, batida), mas não me recordo como ocorreu					
38	Recuso permanecer em filas ou ficar muito perto de outras pessoas, porque não gosto de estar tão próxima delas					
39	Não percebo quando alguém toca meu braço ou meu ombro					

Comentários .....

Item	E - Nivel de Atividade	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
40	Trabalho em duas ou mais tarefas ao mesmo tempo					
41	Demoro mais tempo que outras pessoas ao me levantar pela manhã					
42	Faço coisas impulsivamente (em outras palavras, faço coisas sem realizar um plano com tempo antecipado)					
43	Encontro tempo para sair do meu trabalho ou dedico tempo para eu mesmo (a)					
44	Pareço mais lento(a) que outros quando tento seguir/entender uma atividade ou tarefa					
45	Não entendo as piadas tão rápido quanto outras pessoas					
46	Permaneço paralisado com as minhas atitudes					
47	Busco atividades nas quais posso me desempenhar frente a outros (ex. música, esportes, falar em público, responder perguntas na classe)					
48	É difícil me concentrar durante todo o tempo quando estou sentado(a) numa aula ou numa reunião longa)					
49	Evito situações onde pode acontecer coisas inesperadas (ex. ir a lugares não familiares ou estar rodeado(a) de pessoas que não conheço)					

Comentários .....

Item	F - Processamento Auditivo	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
50	Canto, assobio ou faço outros ruídos					
51	Me sobressalto facilmente diante de ruídos fortes ou inesperados (ex, aspirador, latido de cachorro, som de telefone)					
52	Tenho problemas para seguir o que as pessoas dizem, quando falam rápido ou falam a respeito de temas que não me são familiares					
53	Deixo o lugar quando outros estão vendo TV, ou lhes peço que baixem o volume					
54	Me distraio se tem muito ruído ao redor					
55	Não percebo quando me chamam ou pronunciam o meu nome					
56	Uso estratégias para abafar o som (ex. fechar a porta, tapar meus ouvidos, usar protetor auricular)					
57	Permaneço fora dos lugares com ruído					
58	Gosto de estar em eventos com muita música					
59	Tenho que pedir às pessoas quando falam que me repitam as coisas					
60	É difícil trabalhar com ruído ao fundo (ex. ventilador, rádio, ar condicionado)					

Comentários .....

.....

.....



**PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL**

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

**PASSO 4: REAVALIAÇÃO**

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

**PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA**

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

$$\text{Mudança no Desempenho} = \text{Pontuação do Desempenho 2} \text{ ___} - \text{Pontuação do Desempenho 1} \text{ ___} = \text{___}$$

$$\text{Mudança na Satisfação} = \text{Pontuação da Satisfação 2} \text{ ___} - \text{Pontuação da Satisfação 1} \text{ ___} = \text{___}$$

**ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES**

Avaliação inicial:

Reavaliação:

<sup>1</sup>Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

<sup>2</sup>Publicado pelo CAOT Publicações ACE. © M. Law, S. Baptista, A. Cassell, M. A. McCall, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

## ANEXO C - Parecer do comitê de ética em pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A INTEGRAÇÃO SENSORIAL E COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA COMO FACILITADORES DO DESEMPENHO OCUPACIONAL DE JOVENS COM TEA

**Pesquisador:** Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48680715.3.0000.5262

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Educação da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.422.144

#### Apresentação do Projeto:

O parecer em tela refere-se ao projeto de pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, intitulado "A INTEGRAÇÃO SENSORIAL E COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA COMO FACILITADORES DO DESEMPENHO OCUPACIONAL DE JOVENS COM TEA", orientada pela pesquisadora Cátia Walter. Segundo a autora, "Integração sensorial é o processo neurológico que organiza as informações do meio ambiente e do próprio corpo, permitindo que o indivíduo seja capaz de integrá-las para gerar respostas adequadas. Distúrbio de Integração Sensorial (DIS) é a desintegração de sistemas neurossensoriais, resultando em déficits na interação, comunicação e desempenho funcional, e comumente é identificado como co-morbidade do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), sendo fator importante de diagnóstico citado no DSM-V. [...] Importantes estudos foram feitos, apontando a relação dos DIS com TEA, assim como a CAA para facilitar a interação e comunicação dos indivíduos com TEA. No entanto vê-se a necessidade de extensão de pesquisas para a fase adulta, com novos desejos e expectativas, mas ainda com quadro grave."

#### Objetivo da Pesquisa:

"Analisar como a Integração Sensorial ensinada para intervenção familiar e educacional, e o uso da CAA podem favorecer o desempenho ocupacional independente e autônomo de jovens com TEA."

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Protocolo: 1.422.144

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora indica que não há riscos que possam afetar os sujeitos da pesquisa.

Em relação aos benefícios, destaca-se "maior independência e autonomia no exercício dos papéis ocupacionais condizentes à faixa etária dos sujeitos com TEA da pesquisa."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com a pesquisadora, "Trata-se de uma pesquisa quase experimental intrassujeito de linha de base múltipla por participante com TEA. Deverá contar com sete participantes, sendo três meninos com TEA com idades entre 14 e 16 anos, atendidos numa clínica especializada e multidisciplinar na zona norte do Rio de Janeiro, duas mães, e duas terapeutas da clínica. Cada sujeito com TEA será avaliado em sua funcionalidade ocupacional dentro do protocolo da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, observados através de uma linha de base, e após a intervenção em Integração Sensorial e recursos de CAA, serão reavaliados para que seja possível medir mudanças na autonomia e independência funcional. Não observe vulnerabilidade dos sujeitos pesquisados.

Espera-se generalização do estudo para o ambiente domiciliar." A pesquisa em tela apresenta relevante pertinência e valor científico para o estudo do transtorno de espectro autista. A metodologia está adequada aos objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE atende ao estabelecido na Res. 466/2012. A pesquisadora cita no TCLE que os responsáveis foram esclarecidos em relação aos riscos e benefícios da pesquisa. A pesquisa é de grande relevância e aponta grande contribuição para os estudos do TEA. Solicita-se que a pesquisadora considere e atenda às recomendações apontadas pelo relator.

**Recomendações:**

Recomenda-se que no TCLE não conste o telefone residencial dos pesquisadores.

Recomenda-se que conste na autorização para uso de imagem que as gravações serão destruídas após 5 (cinco) anos a contar do término da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para fevereiro de 2017. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018  
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.422.144

publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_409264.pdf	28/11/2015 08:43:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.pdf	28/11/2015 08:42:37	Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	LIRA_projeto_mestrado_plataforma_bras II.doc	22/10/2015 16:22:02	Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto - Integração sensorial Cátia Walter.pdf	19/06/2015 11:15:27		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Patrícia Fernandes Campos de Moraes  
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 9ºand. - SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br)

## ANEXO D - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Termo de Consentimento Livre e esclarecido**

Prezados Pais ou responsáveis,

Seu/sua filho (a) .....

está sendo convidado (a) à participar da pesquisa “**Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA**”, para jovens a partir de 15 anos, com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo. Seu/sua filho (a) foi selecionado com base nos seguintes critérios: a) idade a partir de 15 anos no início do estudo; b) apresentar diagnóstico de Transtornos do Espectro do Autismo – TEA, declarado no prontuário físico na instituição que o atende; c) ter sido identificado como dependente em pelo menos uma Atividade de Vida Diária (AVD) ; d) não estar participando de intervenção em terapia com a utilização de recursos de comunicação alternativa.

A participação de seu/sua filho (a) na pesquisa não é obrigatória, sendo que o (a) mesmo (a) poderá ser retirado (a) da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização. Dessa forma, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. O objetivo desse estudo é: analisar como estratégias em Comunicação Alternativa e Ampliada podem favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA.

A participação de seu/sua filho/a na pesquisa consistirá em: (a) ser observado e filmado no desempenho de diversas atividades durante os atendimentos na clínica interagindo com o instrutor, (b) receber intervenção de estratégias ensinadas aos instrutores.

A participação de seu/sua filho/a na pesquisa poderá lhe dar oportunidade de: envolver-se em tarefas diversificadas, diminuir os efeitos causados pelo Distúrbio de Integração Sensorial, melhorar seu desempenho ocupacional nas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades de Vida Prática (AVP). Não haverá gastos financeiros para os participantes durante o estudo. Caso ocorra haverá ressarcimento.

Todas as informações recebidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a participação de seu/sua filho (a) será assegurado. Dessa forma os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que, durante a pesquisa, seu/sua filho (a) será identificado por um nome fictício. Os resultados do estudo serão divulgados junto aos participantes da pesquisa, bem como em eventos e periódicos científicos.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa e sua participação você poderá a qualquer momento entrar em contato com as pesquisadoras CÁTIA CRIVELANTI DE FIGUEIREDO

WALTER pelos telefones: 21 2268-9154 (casa), 2587-7535 (UERJ) ou ainda 21 97387239 (celular), pelo email catiawalter@yahoo.com.br. e a pesquisadora AUREANNE VILLACORTA DE ARAUJO PIERRE LIRA, pelos telefones 21 2487-8428 (casa), 21 2587-7535 (UERJ) ou ainda 21 99889-1600 (celular), pelo email aureannelira@yahoo.com.br, ou no Programa de Pós-Graduação em Educação da UERJ – Rua S. Francisco Xavier 524 sala 12037 bloco F. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UERJ que funciona à Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 23342180.

*Declaro que entendi os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e concordo que o meu/minha filho(a) participe da mesma. Eu fui informada que a participação é voluntária, que não será remunerada e que não haverá gasto financeiro para os participantes durante o estudo. Tenho igualmente ciência de que posso cancelar o consentimento da participação de meu filho(a), a qualquer momento, sem nenhuma consequência para mim e para ele e que todos os dados coletados serão anônimos e protegidos. Ao mesmo tempo, libero a utilização das fotografias e filmagens, para fins científicos e de estudos (livros, artigos, apresentações em congressos e seminários), em favor das pesquisadoras Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter e Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira, obedecendo ao que está previsto na Resolução do CNS nº 466/2012 e nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Nº 8.069/1990).*

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Nome do pai/responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai/responsável

\_\_\_\_\_  
Aureanne Villacorta de A. Pierre Lira

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**Autorização para filmagem**

Prezados Pais, seu/sua filho(a) .....  
participará da pesquisa: **“Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA”**. A metodologia de capacitação das mães e terapeutas e análise dos dados são efetuadas através de observação de filmagens realizadas na clínica CRIART (CNPJ 72.210.651/0001-17 ISS 1552.422) do jovem, em momentos de atendimentos de rotina neste espaço. As filmagens ocorrerão durante observação da pesquisadora, bem como poderão ocorrer pelos pais no ambiente domiciliar, sempre que desejarem, para serem analisadas em conjunto com a pesquisadora, visando discutir as estratégias aprendidas no processo de capacitação. Informo que: a) as cenas filmadas serão vistas pela pesquisadora, assistentes de pesquisa e profissionais orientadores; b) as cenas não serão exibidas em eventos ou pessoas diferentes das citadas; c) os vídeos ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, arquivados em DVD devidamente identificados, e ao final da pesquisa serão depositado no Programa de Pós-Graduação de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; d) durante o processo caso aconteça alguma necessidade não prevista previamente, os pais serão consultados e em caso negativo as imagens não serão utilizadas; e) não haverá nenhum custo ou reembolso pela cessão das imagens de nenhuma das partes.

Diante do exposto, solicito autorização para filmar e fotografar o seu filho, a mãe ou a babá, em situações de interações livres e atendimentos de rotina, no ambiente domiciliar ou institucional.

Rio de Janeiro, ..... de ..... de 2016.

.....  
Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira  
- CPF: 658.749.352-15 -

**AUTORIZO:**

Assinatura do Pai ou Mãe: .....

CPF: .....



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Termo de Consentimento do Representante Legal ou Diretor (a) da Instituição

Eu, ....., abaixo assinado, diretor (a) da (o) ....., no uso de minhas atribuições e na forma da Lei, ciente dos objetivos da pesquisa intitulada **“Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA”** conduzida pela pesquisadora Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira, concordo em participar da mesma e permitir a realização de observação, filmagens, de fotografias e aplicação de instrumentos de avaliação em situações previamente combinadas com a pesquisadora, e ceder as demais informações ou documentos que se fizerem necessários.

Concordo também com a divulgação dos resultados provenientes da pesquisa, sendo resguardado o direito de sigilo à minha identidade pessoal e das demais pessoas participantes das mesmas.

Rio de Janeiro, ..... de ..... de 2015.

.....  
Diretor da Instituição -  
CRIART



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Prezado terapeuta do CRIART,**

Estamos convidando-o (a) a participar da pesquisa **“Comunicação Alternativa e Ampliada: Um recurso para favorecer o desempenho ocupacional de jovens com TEA”**.

Você foi selecionado com base nos seguintes critérios: a) Trabalhar funcionalidade ao menos três vezes por semana com os participantes alunos; b) Ter interesse em fazer parte do projeto.

O objetivo desse estudo é: analisar como estratégias em Comunicação Alternativa e Ampliada podem favorecer o desempenho ocupacional. O estudo terá a duração de, até 9 meses.

A sua participação na pesquisa consistirá em: a) Preencher dois questionários de pré e pós-teste baseado no curso de capacitação, b) Participar de 6 horas de curso de capacitação, c) Atender os participantes alunos aplicando estratégias de Comunicação Alternativa e Ampliada durante a execução de atividades próprias da função do participante instrutor, d) Participar de uma entrevista aberta; e) Ter as etapas de curso, discussões e atendimentos documentados em filmagens.

Acreditamos que, em alguns momentos, você poderá sentir-se constrangida por ter assistentes de pesquisa fazendo registro e filmagem das atividades escolares desenvolvidas por você em atendimento. Por outro lado, sua participação na pesquisa poderá lhe dar oportunidade de: a) Refletir, junto à pesquisadora e suas assistentes, sobre seu plano de atendimento agregado a um novo viés, sobre progressos e dificuldades de seus alunos, b) Ter acesso a bibliografias atualizados sobre assuntos que envolvem o TEA e Comunicação Alternativa e Ampliada, c) Fazer parte da equipe de pesquisa, d) Ser co-autor(a) nas publicações resultantes desse estudo.

A sua participação não é obrigatória, ou seja, você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização ou necessidade de justificativa. Dessa forma, sua recusa não trará qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora e sua equipe. Não haverá qualquer gasto financeiro seu durante o estudo, assim como não haverá pagamento por sua participação no mesmo.

Os resultados do estudo serão divulgados junto aos participantes da pesquisa e em eventos e periódicos científicos. Todas as informações serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação será assegurado. Dessa forma, os dados não serão divulgados de modo a possibilitar sua identificação, uma vez que durante a pesquisa você será identificada por um nome fictício.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa e sua participação você poderá a qualquer momento entrar em contato com as pesquisadoras CÁTIA CRIVELENTI DE FIGUEIREDO WALTER pelos telefones: 21 32157577 (casa), 2587-7535 (UERJ) ou ainda 21 97387239 (celular), pelo e-mail [catiawalter@yahoo.com.br](mailto:catiawalter@yahoo.com.br). e a pesquisadora AUREANNE VILLACORTA DE ARAUJO PIERRE LIRA pelos telefones 21 2487-8428 (casa), 21 2587-7535 (UERJ), ou ainda, 21 99889-1600 (celular) ou no Programa de Pós-Graduação em Educação da UERJ – Rua S. Francisco Xavier 524 sala 12037 bloco F. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UERJ que funciona à Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 23342180.

*Declaro que entendi os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e concordo em participar da mesma. Eu fui informada que a participação é voluntária, que não será remunerada e que não haverá gasto financeiro para os participantes durante o estudo. Tenho igualmente ciência de que posso cancelar o consentimento para minha participação, a qualquer momento, sem nenhuma consequência para mim e de que todos os dados coletados serão anônimos e protegidos. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotografias e filmagens, para fins científicos e de estudos (livros, artigos, apresentações em congressos e seminários), em favor das pesquisadoras Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter e Aureanne Villacorta de Araujo Pierre Lira*

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Nome da terapeuta do CRIART

\_\_\_\_\_  
Assinatura da terapeuta do CRIART

\_\_\_\_\_  
Aureanne Villacora de A. Pierre Lira

Mestranda

\_\_\_\_\_  
Profª. Dra. Cátia Crivelenti de Figueiredo Walter

Orientadora