UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ELISE RIBAS LISBÔA

A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso

São Paulo
2015

ELISE RIBAS LISBÔA

A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Área de Concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora:
Profa. Dra. Eda Marconi Custódio

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Lisbôa, Elise Ribas.

A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso. / Elise Ribas Lisbôa; orientadora Profa. Dra. Eda Marconi Custódio. -- São Paulo, 2015.

155f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Inclusão Escolar 2. Autismo 3. Tutoria clínico-escolar I. Título.

LC1200

Nome: Elise Ribas Lisbôa

Título: *A tutoria clínico-escolar* no processo de inclusão escolar: um estudo de caso

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta obra à uma sociedade pós-moderna que acolha e valorize a pluralidade e particularidade dos seres, reconhecendo como rica a participação ativa e contribuição de todos, em seu exercício da cidadania e busca pela felicidade.

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que contribuíram com seu tempo, experiência, sugestões, amor e atenção em prol do sucesso deste trabalho. Primeiramente, sinto-me profundamente abençoada e enriquecida com todo amor, inspiração e suporte recebidos dos meus amados pais, José Carlos de Carvalho Lisboa (em memória) e Emilia Ribas Plaza Lisboa, sem os quais essa conquista não seria possível. Gostaria de igualmente expressar minha profunda admiração e gratidão para com minha orientadora, Eda Marconi Custódio, por todo o encorajamento e direcionamento na elaboração da mais importante obra literária da minha vida acadêmica.

Protagonistas desta obra devem necessariamente ser igualmente reconhecidos e valorizados. Sinto-me sinceramente grata pelas frutíferas parcerias com as quais a vida me presenteou e que, através deste projeto, pude estreitar e fortalecer vínculos e laços. Enriquecimento intelectual, ensinamentos práticos, modelos de conduta, entre outros, foram ganhos incomensuráveis que floresceram deste trabalho e parcerias. Cabe aqui um agradecimento especial à todos os profissionais das instituições coparticipantes que, direta ou indiretamente, contribuíram para transformar as ideias desta tese na presente palavra escrita. Aos pais e ao sujeito de pesquisa, minha eterna gratidão pela participação e contribuição no processo gradual de desenvolvimento acadêmico e científico.

Um particular muito obrigado às pessoas que participaram da realização desta obra, compartilhando comigo seu tempo, conhecimento e atenção na análise e interpretação de dados; são eles Kauer Kitzinger D'Avila; Camilla Thereza Mazetto e Eduardo Santana Araújo.

Outros agentes tiveram influência direta e indireta na efetivação deste projeto. Registro aqui um carinhoso muito obrigada aos meus familiares, colegas de trabalho, meus pacientes e amigos mais próximos pelo incentivo, acolhimento e suporte; em especial à Muriel Pasqualucci, à família Fábio e Luana K. B. Diniz e à Sofia Stegle.

Agradeço ainda aos meus aliados da USP por toda paciência, dedicação e orientação acerca da operacionalização e viabilização deste obra; são eles Vitor Silva, Ligia Furusawa e Maria Olívia Martins Rosa.

Finalmente, expresso minha intensa e incondicional gratidão à vida pela oportunidade de buscar meu próprio melhoramento e por poder compartilhar com o mundo o que tenho de melhor. No genuíno desejo de que esta obra possa enriquecer e provocar reflexões, agradeço pelo tempo e atenção dispensados nesta leitura.

“... se a escola prepara para a vida em sociedade, fornecendo conhecimentos de acordo com cada contexto, e se a sociedade é composta por uma multiplicidade de indivíduos com necessidades diferentes, não há porque separar uns dos outros”

Gómez e Téran (2014)

RESUMO

Lisbôa, E. R. (2015). *A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Discussões no âmbito legislativo, acadêmico e terapêutico têm buscado regulamentar e dar diretrizes acerca de como efetivar a inclusão de pessoas com deficiência nos âmbitos sociais, acadêmicos e profissionais. Contudo, diferentes formas de compreender tais regulamentações geram aplicações com diferentes graus de êxito no processo de inclusão. Tal fato pode dar-se em decorrência da falta de conhecimento e investimentos em pesquisas, tratamentos e intervenções apropriadas para esta população; entretanto, a dificuldade de se determinar os tratamentos e intervenções adequadas para atender diferentes tipos de diagnósticos, certamente contribui para a consumação desta dificuldade na busca e oferta de assistência. Diante de diferentes alternativas terapêuticas que visam à inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais no ambiente escolar, questionamentos acerca de qual o melhor recurso a ser utilizado podem surgir. O presente estudo pretendeu fazer um breve levantamento das estratégias terapêuticas comumente utilizadas em contextos escolares e de investigar, de modo mais aprofundado, uma estratégia que tem se apresentado como um recurso para a inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais em salas regulares de ensino: a *tutoria clínico-escolar*. Esta abordagem lança mão de conceitos e recursos clínicos para efetivar a inclusão pedagógica e social de pessoas com deficiência, afinando-se com diferentes linhas teóricas, mas mantendo com alicerce estruturante para a prática clínico-pedagógica a teoria de Feuerstein acerca da Experiência de Aprendizagem Mediada (EAM).

Através desta intervenção, que tem o tutor como mediador dos estímulos externos, a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais em ambientes regulares de ensino torna-se mais possível, buscando-se facilitar, tanto para o beneficiário da estratégia quanto para a instituição de ensino, o desvelar de um processo mais fluido e harmonioso de inclusão. A partir da análise e interpretação dos resultados do presente estudo, identifica-se que, para este caso clínico, a tutoria apresentou resultados satisfatórios no que se refere ao desenvolvimento educacional e comportamental do sujeito, ampliando seu nível de participação e atividade em seus contextos sociais. Assim sendo, atribuindo-se à tutoria parcela da motivação para tais resultados, pode-se considerar, para o caso clínico pesquisado, que a estratégia apresentou êxito ao ser utilizada como recurso para a inclusão escolar deste sujeito. Sendo este um estudo de caso, nenhuma generalização é exequível; contudo, os bons resultados obtidos indicam um caminho possível e válido para pesquisas de maior porte que identifiquem a aplicabilidade da técnica a outros casos clínicos, assinalando, desta maneira, uma contribuição original e relevante ao estado da arte do tema tratado.

ABSTRACT

Lisbôa, E. R. (2015). *The clinical-scholar tutoring in the educational inclusive process: a case study.* Doctoral thesis, Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo.

Discussions in the legislative, academic and therapeutic contexts have sought to regulate and give guidelines on how to conduct the inclusion of people with disabilities in social, academic and professional fields. However, different ways of understanding those regulations generate applications with different degrees of success in the inclusive process. This fact can occur due to the lack of knowledge and investments in research and appropriate treatments and interventions for that population; however, the difficulty in determining the appropriate treatments and interventions to assist different types of diagnoses, certainly contributes to the consummation of this difficulty in acquiring and proposing assistance. Facing different therapeutic alternatives that aim at the inclusion of people with special educational needs in the scholar environment, questions regarding the best resource to be used may arise. This study intended to briefly present the therapeutic strategies commonly used in school settings and to investigate it more deeply, a strategy that has presented itself as a useful resource for the inclusion of children with special educational needs in the mainstream teaching rooms: a clinical-scholar tutoring. This approach is enhanced with clinical concepts and resources to carry out the educational and social inclusion of people with disabilities, tapering with different theoretical lines, but keeping its structural foundation to the clinical and pedagogical practice on Feuerstein's theory of Mediated Learning Experience (MLE). Through this intervention, in which the tutor is a mediator of external stimuli, the inclusion of children with special educational needs in regular education environments becomes more possible, aiming at facilitating both the beneficiary of the strategy and the educational institution, in the unveiling of a more fluid and harmonious process of inclusion.

Based on this study's results' analysis and interpretation, it can be inferred that, for this clinical case, mentoring achieved satisfactory results with regard to the participant's educational and behavioral development, increasing his level of participation and activity in his social contexts. Therefore, attributing to the mentoring part of the motivation for such results, it can be considered that, for this specific case study, the strategy appeared to be a successful resource to be used in the scholar inclusive process. Considering the limitations of a case study, no generalization is feasible; however, the valuable results obtained in this research indicates a suitable and valid path for larger studies that aim at identifying the applicability of this technique to other clinical cases, stating, along these lines, an original and relevant contribution to the theme's state of the art.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação de resultados EFC-F	88
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coleta de dados com os Pais	75
Tabela 2. Coleta de dados com o Professor	77
Tabela 3. Coleta de dados com o Tutor	80
Tabela 4.1. Análise Comparativa Intra-Cotadores – Domínio Comunicacional	82
Tabela 4.2. Análise Comparativa Intra-Cotadores – Domínio Atividades de Vida Cotidiana	83
Tabela 4.3. Análise Comparativa Intra-Cotadores – Domínio Socialização	84
Tabela 4.4. Análise Comparativa Intra-Cotadores – Total Standard Scores	85
Tabela 5. Coleta de dados com sujeito – Dados Brutos e médias EFC-R	90
Tabela 6. Nível Adaptativo Correspondente aos Escores Padrão	98
Tabela 7. Equivalência VABS e CIF	99
Tabela 8. Correspondência domínios Vineland e classificação CIF	99
Tabela 9. Resultados VABS com classificação CIF	100 101
Tabela 10.1. Equivalência EFC-R e VIF (resultados quantitativos e classificação)	103
Tabela 10.2. Equivalência EFC-R e CIF (Funções e Domínios)	103
Tabela 11. Resultados EFC-T com classificação CIF	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Applied Behavior Analysis
AEE	Atendimento Educacional Especializado
APE	Atendimento Pedagógico Especializado
AVC	Atividade de Vida Cotidiana
Braile	Sistema de escrita e leitura sensitiva
CAPE	Centro de Apoio Pedagógico Especializado
CEFAI	Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão
CEPH-IP	Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos – Instituto de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional das Funcionalidades, Incapacidades e Saúde
CIF-CJ	Classificação Internacional das Funcionalidades, Incapacidades e Saúde, versão Crianças e Jovens
CNE/CP	Conselho Nacional de Educação / Conselho Pleno
DK	Don't know / Não sei
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders
EAM	Experiência de Aprendizagem Mediada
EFC-R	Escala de Avaliação Funcional dos Comportamentos, versão revisada
ICF	International Classifications of Functioning
Libras	Linguagem Brasileira de Sinais
LPAD	Learning Potential Assessment Device
MPF	Ministério Público Federal
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PEI	Programa de Enriquecimento Instrumental
PISA	Avaliação Padronizada Internacional
PNE	Plano Nacional da Educação
RME	Rede Municipal de Ensino
SNRIPD	Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
TED	Thérapie d'Echange et de Développement
TGD	Transtorno Global do Desenvolvimento
VABS	Vineland Adaptative Behavioral Scale

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA DA PESQUISA	15
INCLUSÃO ESCOLAR	19
1. Aspectos Legais	22
2. O Ideal e o Real da Inclusão	32
3. O papel da Escola na Inclusão	35
4. A Clínica e a Escola em prol da Inclusão	39
TUTORIA CLÍNICO-ESCOLAR	42
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	48
OBJETIVO DA PESQUISA	54
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	55
INSTRUMENTOS DA PESQUISA	58
1. Vineland adaptative behavior scale (VABS) Escala de comportamento adaptativo Vineland	58
2. Échelle d'évaluation fonctionnelle des comportements révisée (EFC-R) Escala de avaliação funcional dos comportamentos	60
3. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	63
APRESENTAÇÃO CASO D.	70
1. Estudo de Caso	70
2. Apresentação de dados e Análise de resultados	73
2.1 Escala de Comportamento Adaptativo Vineland	73
2.1.1. Vineland Pais	75
2.1.2. Vineland Professor	77
2.1.3. Vineland Tutor	80
2.1.4. Vineland Comparativa	82
2.2 Escala de Avaliação Funcional dos Comportamentos Revisada	88
2.3 Classificação Internacional das Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (CIF)	97
2.3.1. Correlação Vineland e CIF	98
2.3.2. Correlação EFC-R e CIF	102
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPH.IP)	
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOS (PAIS)	
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL COPARTICIPANTE	
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CLÍNICA COPARTICIPANTE	

TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Desde criança, em virtude de vivências pessoais de exclusão e excepcionalidade, interessei-me pela temática dos distúrbios do desenvolvimento e inclusão escolar e social. Na escolha de uma área de estudos para a graduação, naturalmente enveredei para a formação em psicologia, quicá na busca de uma maior e melhor auto compreensão e compreensão de mundo, de homem e seu desenvolvimento, e dos mecanismos sociais geradores de preconceito e exclusão.

Já no primeiro ano da graduação em psicologia iniciei ações voluntárias e programas de estágio em locais que acolhiam crianças com deficiência. Em diversas situações observei e vivenciei bons modelos e exemplos de intervenções para esta população; contudo, observei também condenáveis contra modelos de tratamento para este público que, por ventura, já experienciavam conjunturas desfavoráveis em seu desenvolvimento pessoal e social. Com o tempo, maturidade e enriquecimento acadêmico e teórico, passei a ater-me, progressivamente, à separação entre *‘o joio e o trigo’*. Empenhei-me na busca de embasamentos teóricos e práticos que se aproximassem do que, intuitivamente, entendia como a melhor das possibilidades para as pessoas com deficiência.

Desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso na graduação (PUC-SP) sobre um atendimento clínico, de resultados satisfatórios, realizado com uma criança com síndrome de Down e sua família. Já neste momento se fazia claro aos meus olhos a importância da compreensão e aceitação social das necessidades especiais dos indivíduos com quadros sindrômicos, patológicos e afins, visando seu pleno desenvolvimento e sua irrestrita participação na sociedade.

No mestrado, desenvolvido na Universidade Estadual de Montana (MSU-Billings) nos Estados Unidos, permaneci na busca por um melhor entendimento e acolhimento das necessidades especiais de indivíduos com desenvolvimento atípico. Observei por lá uma significativa mudança qualitativa no entendimento e acolhimento das particularidades e direitos dos indivíduos com deficiência. Desenvolvi minha dissertação sobre a temática da influência cultural e social do entendimento dos diagnósticos sobre o desenvolvimento pessoal e social de crianças com Síndrome de

Down. Analisei, comparativamente, o desenvolvimento da criança abordada no trabalho de conclusão de curso da graduação com o desenvolvimento de outra criança, americana, com a mesma idade e diagnóstico, obtendo por resultado uma significativa e evidente diferença no desenvolvimento pessoal e social das crianças, ressaltando que o diagnóstico em si não é o fator limitante, mas sim o entendimento e acolhimento social deste, apresentando, por conseguinte, estimuladores e intervenções que possibilitem, ou não, seu pleno desenvolvimento e participação social.

Ingressei no doutorado ambicionando desvendar alguns mistérios e mitos sobre a eficácia de diversos tratamentos para diferentes diagnósticos e, com isso, auxiliar a sociedade (escolas, clínicas, pais e demais) na eleição de preciosas estratégias para o acolhimento e intervenção junto às pessoas com deficiência, hipoteticamente almejando desta forma diminuir a geração de preconceito e hostilidade com esta população. Motivada pela frequente indagação que aflige muitos pais e profissionais das áreas de educação e saúde, decidi, no doutorado, debruçar meus estudos sobre questões relativas aos tipos de intervenção existentes e suas respectivas recomendações e eficácias com diferentes tipos de diagnósticos de deficiência. Contudo, a trajetória percorrida até a presente palavra escrita não foi isenta de percalços.

A ideia inicial desta pesquisa era investigar, comparativamente, três diferentes modelos de intervenção oferecidos à três diferentes tipos de diagnóstico de deficiência. Os diagnósticos eram a Síndrome de Down, a Paralisia Cerebral e o Autismo, e foram escolhidos por serem, respectivamente, a síndrome cromossômica mais frequente, a deficiência física de maior incidência entre os neonatos e o distúrbio / alteração relacional em maior ascendência nos quadros clínicos atualmente estudados.

Os modelos de intervenção escolhidos neste primeiro momento deviam necessariamente atender critérios científicos e defender, segundo seus entendimentos de desenvolvimento humano e suas particularidades, as especificidades e eficácias de seus tratamentos. As linhas de intervenção inicialmente eleitas eram a psicanálise, a psicologia comportamental / behaviorismo e teoria psicogenética.

A ideia inicial da pesquisa era observar, comparativamente, como cada linha de intervenção – psicanálise, behaviorismo e teoria psicogenética – entendia e lidava com os diferentes diagnósticos e distúrbios, e qual a abordagem e eficácia de seus tratamentos.

Alterações na ideia inicial da pesquisa foram gradativamente implementadas a fim de refinar o foco e viabilizar a execução da mesma.

Primeiramente a Paralisia Cerebral foi retirada do leque de diagnósticos a ser pesquisado, haja visto que neste quadro clínico estão presentes distúrbios motores que decorrem de deficiências no sistema nervoso central, mas que nem sempre correspondem a dificuldades intelectuais/cognitivas do paciente (Petean e Murata, 2000). Com isso se aumentaria a dificuldade de comparação entre este e os demais diagnósticos. Intervenções mais focadas no desenvolvimento intelectual e cognitivo poderiam também ser desfavorecidas por eventuais impedimentos orgânicos e físicos dos indivíduos acometidos pela Paralisia Cerebral, apresentando um resultado final enviesado na pesquisa.

Em um segundo momento o diagnóstico de Síndrome de Down foi igualmente retirado do leque de diagnósticos da pesquisa em virtude da dificuldade de comparação entre uma síndrome genética e um distúrbio do desenvolvimento como o Autismo. Desta forma, o diagnóstico de Autismo passou a ser o único a ser pesquisado, mas ainda sob as três diferentes óticas: da psicanálise, do behaviorismo e da teoria psicogenética. Neste momento, dificuldades referentes à aceitação de pais e instituições em participar da pesquisa começaram a ser fator impeditivo para a realização da mesma nos moldes comparativos.

É fácil compreender os motivos que levam pais e instituições a apresentar resistência em participar de pesquisas que envolvam a análise e questionamento de suas intervenções e eficácias. Assim como cada linha de intervenção respalda-se em formas específicas de compreender o mundo e o desenvolvimento humano, cada instituição elege a compreensão de mundo e desenvolvimento humano que melhor lhe convier. Seus tratamentos e intervenções são embasados por estas ideologias. Questionamentos e comparações destas ideologias podem soar ofensivas aos pais ou instituições que as adotam. Desta forma, tornou-se difícil conseguir a anuência para o desenvolvimento de uma pesquisa comparativa de eficácia.

Diante das dificuldades e resistências encontradas no caminho, alternativas para o desenvolvimento da pesquisa tiveram que ser pensadas. A ideia de análise comparativa foi abandonada para dar espaço a uma pesquisa mais aprofundada em um tipo específico de intervenção. Obviamente, uma pesquisa que investigue uma só intervenção, pouco

poderá inferir sobre generalizações; contudo, investigando mais aprofundadamente esta intervenção específica, poder-se-á inferir sobre sua eficácia e aplicabilidade aos diferentes quadros clínicos.

Em tempos de intensas discussões sobre a inclusão de pessoas com deficiência em diferentes âmbitos da sociedade, as atenções ficam voltadas às estratégias utilizadas para cumprir com este objetivo de forma eficaz e efetiva. Observaremos no capítulo subsequente que inúmeras legislações foram promulgadas com o intuito de assegurar os direitos das pessoas com deficiência; contudo, diferentes formas de compreender tais regulamentações geram aplicações com diferentes graus de êxito no processo de inclusão.

Finalmente, fazendo-se um recorte nesta realidade, o presente estudo teve o intuito de investigar, de modo mais aprofundado, uma estratégia que tem se apresentado como um recurso para a inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais em salas regulares de ensino: a *tutoria clínico-escolar*. Esta abordagem lança mão de conceitos e recursos clínicos para efetivar a inclusão pedagógica e social de pessoas com deficiência. Embasamentos teóricos da teoria psicogenética, entre outros, são adotados nesta estratégia inclusiva, tendo por objetivo a internalização de regras sociais, a adequação dos comportamentos e o desenvolvimento integral da criança beneficiária desta terapêutica. Considerações mais detalhadas da estratégia serão apresentadas em capítulo à parte.

INCLUSÃO ESCOLAR

Como dizia meu saudoso pai, José Carlos de Carvalho Lisboa (*em memória*), “*o conhecimento é a única preciosidade que ninguém pode roubar de você*”. Pertences materiais podem nos ser extraídos, mas o conhecimento é a única riqueza que não é passível de ser retirada de nós, a menos que decidamos dividi-la, e mesmo assim, não ficaremos desprovidos da opulência já adquirida. Com esta simples frase, destaca-se irrefutavelmente a importância e o poder da educação.

No Brasil, temos, histórica e gradativamente, observado melhorias no acesso e qualidade da educação. Contudo, ainda testemunhamos situações impactantes de exclusão e ineficiência do sistema educacional brasileiro. Estatísticas de 2012 demonstram que há mais de três milhões de crianças e jovens brasileiros fora da escola. De cada vinte crianças em idade entre quatro e cinco anos, apenas quatro frequentam a pré-escola. Dentre os alunos que frequentam o ensino fundamental, cerca de 10% será reprovado ou sairá da escola até o quinto ano, e no ensino médio, cerca de 23% será reprovado ou sairá da escola até o final do terceiro ano. De cada vinte crianças que ingressam na escola, apenas três concluirão os estudos na idade esperada e com desempenho adequado em português e apenas um, com desempenho adequado em matemática (Todos pela Educação, 2012).

No que tange a população de pessoas com deficiência, temos, no Brasil, segundo os dados do Censo 2010, cerca de 45 milhões de pessoas com deficiência, o que representa cerca de 23,9% da população nacional. No estado de São Paulo são cerca de 9 milhões de pessoas, representando aproximadamente 22,6% da população paulista. Especificamente acerca da população de pessoas com deficiência no município de São Paulo, temos aproximadamente 2 milhões de pessoas, representando cerca de 24,5% da população total paulistana. Dentre esta população paulistana, assustadoramente cerca de 45% não possui instrução nenhuma ou tem ensino fundamental incompleto; apenas 17%, possui ensino

fundamental completo ou ensino médio incompleto; 22% possui ensino médio completo ou nível superior incompleto, e apenas 14% possui nível superior completo¹.

Na região metropolitana de São Paulo, dados do Censo Escolar 2013 informam que existe cerca de 934.373 alunos com deficiência matriculados na Rede Municipal de Ensino (RME). Dentre os alunos matriculados na RME, aproximadamente 1,6% ($\cong 15.623$) estavam inseridos na Educação Especial, em todos os níveis: Educação Infantil ($\cong 2.142$); Ensino Fundamental ($\cong 11.981$); Ensino Médio ($\cong 116$) e Educação para Jovens-Adultos ($\cong 1.447$). Dados do Censo Escolar de 2011 revelam que as deficiências atendidas na Educação Especial se dividiam em: altas habilidades; Transtorno do Espectro do Autismo (TEA); síndrome de Asperger; síndrome de Rett; Transtorno Desintegrativo da Infância (TDI); Deficiência Intelectual (DI); baixa visão e visão subnormal; cegueira; Deficiência Física (DF); surdez leve/moderada; surdez severa/profunda; surdocegueira, e Deficiências Múltiplas. Contudo, a RME conta com apenas 2.699 Instituições de Ensino (IE – Educação Infantil e Fundamental) para atender toda a população de alunos matriculados².

Frente às estatísticas alarmantes como as supracitadas, as bandeiras da inclusão escolar e a da qualidade na educação têm sido mais veementemente hasteadas. Discussões em diversos âmbitos, legislativo, acadêmico e social, têm impulsionado mudanças de atitude e pensamento, reformas legislativas e promulgação de novas leis, e adaptações e ações inclusivas. Contudo, esta discussão não é recente, pelo menos no que se refere ao acesso de todos à educação, e está longe de ser esgotada.

Segundo Coll et al. (1993) a inclusão escolar vêm sendo temática de discussão desde o início do século XX. Na primeira metade do século XX, a concepção de deficiência era embasada em causas fundamentalmente orgânicas, evidenciadas no início da vida e perpetuadas até seu final. Acreditava-se que pouco se podia fazer para melhorar ou intervir nas condições de deficiências já detectadas e instauradas. Contudo, com esta temática em evidência, estudos e pesquisas científicas foram impulsionados e

¹ Dados extraídos de documentos apresentados pela Secretaria do Direitos da Pessoa com Deficiência em seu site oficial. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/ultimas-noticias/dados-do-censo-ibge-de-2010>

² Dados extraídos de documento oficial oferecido pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo obtidos através do email infoeducacao@educacao.sp.gov.br em 04/12/2014.

desenvolvidos a fim de categorizar as deficiências e delinear sua implicação no coeficiente de inteligência (QI) e funcionalidade individual.

Ainda segundo os autores, nos anos 40 e 50 passaram a ser considerados, como inerentes à deficiência, fatores ambientais e culturais que poderiam influenciar e/ou determinar o nível de funcionamento intelectual, mais ou menos deficiente, mediante estimulação adequada ou errônea. Desta forma, a intervenção na deficiência passou a ser valorizada e implementada, prioritariamente em ambientes escolares especiais. Inspirados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) começaram a surgir serviços públicos e privados de reabilitação física e profissional para a pessoa com deficiência, bem como as primeiras associações de pessoas com deficiência e/ou seus familiares (Sassaki, 2012).

Nos anos 60 e 70 este conceito de fatores ambientais e sociais mais ou menos determinantes na deficiência passou a ser discutido com maior abrangência, sob a ótica da integração social, inclusive impulsionando promulgações de leis e de direitos civis e constitucionais (Coll et al., 1993).

Concomitante à evolução na compreensão das deficiências, à promulgação de novas leis e aos movimentos sociais em prol da pessoa com deficiência, terminologias e nomenclaturas que se referem a esta temática também foram sofrendo alterações. Segundo Sassaki (2002):

“Os termos são considerados corretos em função de certos valores e conceitos vigentes em cada sociedade e em cada época. Assim, passam a ser incorretos quando esses conceitos e valores são substituídos por outros.” (p.6)

Perpetuar o uso de terminologias incorretas ou errôneas sobre as deficiências pode contribuir, mesmo que inadvertidamente, para reforçar práticas discriminatórias embasadas em conceitos obsoletos e ideias e informações equivocadas e inexatas. No presente texto serão respeitadas prioritariamente as nomenclaturas atuais, por mais que no momento histórico citado as terminologias fossem diferentes.

1. Aspectos Legais

Em 1975, a Ata Federal para Todas as Crianças Deficientes nos Estados Unidos passou a requerer, de todos estados norte-americanos, o desenvolvimento de programas para todas as crianças com deficiência em fase escolar, preferencialmente na rede regular de ensino (Bee, 1986). Em 1979 começaram a surgir os primeiros movimentos de luta das próprias pessoas com deficiência e, subsequentemente, o ano de 1981 foi declarado como o primeiro ano internacional da pessoa com deficiência, no qual o lema era “Participação Plena e Igualdade” (Sassaki, 2012). No ano de 1982, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu o Programa de Ação Mundial para a Pessoa com Deficiência (resolução nº 37/52) que ressalta o direito das pessoas com deficiência a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos (Brasil, 2007, a).

Nesta época, década de 80, as terminologias utilizadas para se referir às pessoas com deficiência eram, por exemplo, aleijado, defeituoso, inválido e incapacitado. A partir de 1981, inspirados pelos movimentos sociais e pelo ano internacional da pessoa com deficiência, a nomenclatura para referir-se a esta população passou a ser pessoa deficiente, e aos poucos foi se adotando o termo portador de deficiência (Sassaki, 2010).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 já garantia, em seu artigo 5º, a indistinção de todos os brasileiros perante a lei, assegurando a todos, igualdade de direitos e oportunidades. O artigo 205 do referido diploma estabelece o direito de todos à educação, definindo-a como dever do Estado e da família, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e para a qualificação para o trabalho. Acerca da inclusão escolar, a Constituição estabelece, no artigo 206, a igualdade de condições de acesso e permanência de todas as crianças na escola, indistintamente. Pormenorizando este tema, a Carta Magna ainda estabeleceu, no artigo 208, como dever do Estado, a garantia de atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (Brasil, 2010, a).

A partir daí, inúmeras leis, estatutos, declarações, decretos, portarias e emendas constitucionais foram elaborados no âmbito federativo brasileiro, em prol da defesa dos direitos da pessoa com deficiência. Em 1989 foi promulgada a Lei nº 7.853 que dispõe sobre o apoio à pessoa com deficiência e sua integração social. O artigo 2º desta lei delibera, ao Poder Público e seus órgãos, a responsabilidade de assegurar, às pessoas com deficiência, o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação,

à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, entre outros. Confere ainda, em seu parágrafo único, aos órgãos de administração federativa direta e indireta, o dever de dispensar tratamento prioritário e adequado, visando viabilizar a inclusão da Educação Especial no Sistema Educacional e a oferta obrigatória e gratuita da educação especial em estabelecimentos públicos de ensino (Brasil, 1989).

Em 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8.069 que reitera os dispositivos legais anteriormente instituídos, reforçando a proteção integral à criança e ao adolescente. No artigo 7º, o ECA assegura à criança e ao adolescente a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. O referido diploma legal reitera, em seu artigo 54, o dever do Estado em assegurar à crianças e adolescentes com deficiência o atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino. Prevê inclusive, em seu artigo 208, ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados às crianças e adolescentes no que se refere ao não oferecimento e/ou oferta irregular do ensino obrigatório, do atendimento educacional especializado e de acesso a ações e serviços de saúde, entre outros (Brasil, 2012, a).

Ainda no mesmo ano, 1990, foi elaborada a Declaração Mundial de Educação para Todos, na qual documentos internacionais passam a influenciar a formulação das políticas públicas da educação inclusiva. Aproveitando este ensejo de contribuições internacionais, em 1994, a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1998) vem dispor sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educacionais especiais. Tal declaração estabelece diretrizes importantes na perspectiva da educação inclusiva, introduzindo o conceito de necessidades educacionais especiais, que tira o foco do educando e o leva a recair sobre a instituição de ensino e seus esforços para atender as necessidades individuais de cada aluno, sendo estas de ordem socioeconômica, presença de deficiência ou quaisquer outras.

Ainda neste mesmo ano foram promulgadas a Lei nº 8.899/94 que concede passe livre às pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual, e a Política Nacional da Educação Especial. Esta última, contrariamente à ideologia da inclusão escolar, condicionou o acesso a classes regulares de ensino àqueles que

“possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os alunos ditos normais” (Brasil 1994, p.19). Tal política, descrita desta forma, não provocou reformulações das práticas educacionais a fim de valorizar os diferentes potenciais de aprendizagem; diferentemente disto, esta política manteve a responsabilidade da educação das pessoas com deficiência quase que exclusivamente no âmbito da educação especial.

Dois anos após a propagação da Política Nacional da Educação Especial, já no ano de 1996, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), que como o próprio nome diz, vem estabelecer as diretrizes e as bases da educação nacional. Esta lei delineia, em seu artigo 58, a educação especial como modalidade da educação escolar, oferecida, preferencialmente na rede regular de ensino, a educandos com necessidades especiais. Determina no parágrafo primeiro deste artigo que haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado na escola regular para atender às peculiaridades da clientela da educação especial. Mais aprofundadamente, o artigo 59 da mesma lei outorga aos sistemas de ensino a responsabilidade de assegurar, aos educandos com necessidades especiais, currículos, métodos, recursos e organização para atendimento de suas necessidades especiais, bem como professores capacitados e com especialização adequada para atendimento especializado, visando finalmente à integração destes educandos nas classes regulares de ensino (Brasil, 1996).

Em 1999, após dez anos da promulgação da Lei nº 7.853/89, foi expedido o Decreto nº 3.298 que a regulamenta. Tal decreto dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, dando especial ênfase a atuação complementar da educação especial no ensino regular (Brasil, 1999). Neste mesmo ano, 1999, foi elaborada a Declaração de Guatemala, Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, que teve por objetivo a prevenção e eliminação de todas as formas de discriminação contra pessoas com deficiência, propiciando, por fim, sua plena integração social (Rede Saci, 2000-2013). As diretrizes estabelecidas nesta convenção defendem a prevenção de todas as deficiências preveníveis, a detecção e intervenção precoce que ofereçam o melhor nível de independência e qualidade de vida à pessoa com deficiência e a sensibilização da sociedade para a erradicação de preconceitos atrelados a esta população.

No ano de 2000 foi promulgada a Lei nº 10.048 que estabelece atendimento prioritário, em estabelecimentos financeiros públicos e privados, de pessoas com deficiência e outras populações também com necessidades especiais como, por exemplo, idosos, gestantes e lactantes. O referido diploma regulamenta a reserva de assentos designados a este público específico e discorre sobre as adaptações arquitetônicas necessárias para atender esta população. Estabelece ainda que os transportes públicos coletivos produzidos após 12 meses da promulgação desta lei deveriam, necessariamente, ser planejados de forma a facilitar o acesso às pessoas com deficiência e prevê multas e penalidades em caso de descumprimento (Brasil, 2000, a).

Ainda em 2000 foi promulgada a Lei nº 10.098 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida. O referido diploma traz definições importantes e esclarecedoras no que tange à promoção de acessibilidade, a acessibilidade, a pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida, barreiras, elementos de urbanização, mobiliário urbano e ajuda técnica. Acessibilidade é definida neste documento legal como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, edificações, transportes e sistemas de comunicação por todas as pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida. Promoção de acessibilidade é tida como a supressão de barreiras e obstáculos nas vias e espaços públicos, mobiliários urbanos, edificações, meios de transportes e comunicação. Barreiras são, ainda segundo esta lei, quaisquer entraves ou obstáculos que limitem ou impeçam o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança de todas as pessoas e estas podem ser arquitetônicas urbanísticas, de edificação, nos transportes ou ainda barreiras na comunicação (Brasil, 2000, b).

No Brasil, em 2001, foi então expedido o Decreto nº 3.956/01, que regulamenta a execução e cumprimento integral de todas as diretrizes estabelecidas na Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Pessoa Portadora de Deficiência. Este decreto ainda define como discriminação com base na deficiência, todas as ações de diferenciação ou exclusão que venham a impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais (Brasil, 2001, a).

Ainda neste ano, 2001, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução nº 2/2001 do Conselho Nacional de Educação/Câmara de

Educação Básica (CNE/CEB), vêm determinar o dever dos sistemas de ensino em relação à efetivação das matrículas de todos os alunos, indiscriminadamente, atribuindo às escolas a responsabilidade de se organizarem para o atendimento de educandos com necessidades educacionais especiais, incluindo o atendimento educacional especializado, complementar e suplementar (Brasil, 2001, b). Estabelece-se com isso um posicionamento claro da legislação, determinando que a educação básica em escola regular deve necessariamente ser a porta de entrada de educandos no sistema de ensino, derrubando, por conseguinte, o termo “preferencialmente” das regulamentações legais. A presente resolução trouxe também contribuições para a mudança na terminologia para referir-se à pessoa com deficiência e sua escolarização. Ainda neste momento da história o termo utilizado para referir-se a esta população no âmbito educacional era a expressão portador de necessidades especiais. Reconhecendo-se que as necessidades especiais são concernentes à educação, passou-se a adotar a terminologia necessidades educacionais especiais, com o intuito de reconhecer a responsabilidade da instituição de ensino no atendimento das necessidades especiais de cada aluno e de atenuar e/ou neutralizar acepções negativas e pejorativas acerca de, por exemplo, limitações físicas, cognitivas, motoras, sensoriais, sindrômicas ou de altas habilidades (Sasaki, 2002).

Neste mesmo ano foi aprovada na 54^a Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS) a Classificação Internacional das Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (CIF) que já vinha sendo discutida desde 1998. Esta classificação veio ao encontro da busca pela ampliação e efetivação dos direitos e declarações referentes à população de pessoas com deficiência, traduzindo-os em ações de implementação possíveis e necessárias que visem a participação irrestrita da pessoa com deficiência na sociedade. Mudanças relativas à terminologia utilizada para se referir à pessoa com deficiência puderam também ser mais intensa e frequentemente observadas a partir desta época. Apesar de o termo até hoje adotado, pessoa com deficiência, ter começado a ser apresentado e discutido desde meados dos anos 90, a nomenclatura anteriormente empregue era portador de deficiência. Reconhecendo-se que a deficiência não é como um adereço que se possa escolher portar ou não, gradativamente se foi esvaindo a utilização do termo portador.

Em 2002, através da Resolução nº 1/2002 do Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno (CNE/CP), foram então estabelecidas diretrizes curriculares nacionais para a formação de professores da educação básica, definindo como

responsabilidade das instituições de ensino superior a inserção, em sua organização curricular de formação de docentes, conteúdos voltados à atenção à diversidade, que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais (Brasil, 2002, a).

Ainda neste ano, após quase dois séculos de luta em prol do reconhecimento da Libras, foi promulgada a Lei nº 10.436/02, que reconhece, como meio legal de comunicação e expressão, a utilização da Linguagem Brasileira de Sinais (Libras), e regulamenta a inserção de disciplinas de Libras como parte integrante do currículo de formação de professores e fonoaudiólogos (Brasil, 2002, b). Tal deliberação legal veio ao encontro de um movimento anterior de viabilizar a utilização da Libras; para tanto, visando facilitar a atuação desses profissionais, foi lançado o Dicionário Enciclopédico Ilustrado Trilíngue da Língua de Sinais Brasileira (Capovilla e Raphael, 2001) que apresenta uma série de diretrizes relativas à educação e surdez e de tecnologias alternativas na surdez, compilando desta forma não só um dicionário, mas também um manual descritivo-explicativo acerca do tema. Ainda no âmbito do reconhecimento de formas alternativas de comunicação, em 2003, a Portaria nº 2.678/02 aprova diretrizes e normas para o uso, o ensino, a produção e a difusão do Sistema Braille em todas as modalidades de ensino, em todo o território nacional (Brasil, 2002. c).

Com o intuito de divulgar e disseminar conceitos e diretrizes mundiais acerca da inclusão escolar, em 2004, o Ministério Público Federal (MPF) tornou pública uma cartilha “*O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da Rede Regular*” (Brasil, 2004, a). Ainda neste ano, foi expedido o Decreto nº 5.296/04 que regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, estabelecendo normas e critérios para a promoção de acessibilidade às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida (Brasil, 2004, b). No âmbito municipal, ainda em 2004, foi promulgado o Decreto nº 45.415 que estabelece diretrizes para a Política de Atendimento à criança, adolescentes, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais no Sistema Municipal de Ensino. Tal decreto foi regulamentado pela Portaria nº 5.718 do mesmo ano.

Visando à inclusão de alunos surdos na rede regular de ensino, em 2005 foi expedido o Decreto nº 5.626/05 que regulamenta a Lei nº 10.436/02, requerendo, dos professores e profissionais envolvidos, a formação e certificação em Linguagem

Brasileira de Sinais (Libras), bem como o ensino da Língua Portuguesa como segunda língua para os alunos surdos e educação bilíngue no ensino regular (Brasil, 2005).

Em 2006 foi lançado o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos que estabelece concepções, princípios, objetivos, diretrizes e linhas de ação a serem desenvolvidas e implementadas, pelos diversos órgãos públicos e entidades da sociedade civil, acerca da educação em direitos humanos. Este documento objetivava, dentre outras ações, promover o desenvolvimento de ações afirmativas que possibilitassem e efetivassem a inclusão, acesso e permanência de pessoas com deficiência no âmbito da educação superior (Brasil, 2006). Paralelamente, ainda no ano de 2006, foi aprovada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), da qual o Brasil é signatário, que estabelece o dever de assegurar um sistema de educação inclusiva a todos os Estados-Parte, em todos os níveis de ensino, promovendo-se ambientes propícios para o desenvolvimento acadêmico e social de todos os alunos, visando sua plena participação e efetiva inclusão (ONU, 2006). Tal documento, aprovado pela ONU em 2006 foi adotado em 2008 pelo Brasil como emenda constitucional, oficializando o conceito de construção social da deficiência, na qual o ambiente dá origem à causa; a causa produz impedimentos no indivíduo; os impedimentos se transformam em deficiência e a interação entre as barreiras ambientais e a pessoa com deficiência geram incapacidades (Sassaki, 2012). Desta forma, evoca-se então uma mudança de cultura e compreensão acerca da deficiência. A deficiência em si não é causadora de impedimentos, barreiras e incapacidades, e sim a interação entre condições individuais e ambientais.

Em 2007, diretrizes sobre acessibilidade arquitetônica, implementação de salas de recursos multifuncionais e formação de docentes para o atendimento educacional especializado foram estabelecidas pelo Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), que objetivava, dentre outros, resgatar e reforçar direitos constitucionais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, como, por exemplo, a construção de uma sociedade harmônica, justa e solidária, e a promoção do bem de todos, a despeito de diferenças de origem, raça, sexo, cor ou quaisquer outras formas de discriminação (Brasil, 2007, b). Ainda no mesmo ano, foi expedido o Decreto nº 6.094/07 que dispõe sobre o atendimento e execução do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, que, por sua vez, oferece 28 diretrizes que visam a melhoria na qualidade da educação básica. Neste decreto estão também contidas intenções de mobilização social em prol da melhoria na qualidade

da educação básica no país, reunindo-se esforços da União Federal, seus órgãos colaborativos, famílias e comunidades (Brasil, 2007, c).

Em 2008 foi promulgada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, prorrogada pela Portaria nº 984/07, que objetivava oferecer orientações aos sistemas de ensino a fim de promover atendimento peremptório às necessidades educacionais especiais de alunos com deficiências, transtornos globais do desenvolvimento e/ou altas habilidades/superdotação (Brasil, 2007, b). Tal política delineia o público da educação especial, que engloba pessoas com deficiência, com condutas típicas e com altas habilidades, e exclui pessoas com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e dislexia. Ainda neste mesmo ano, foi expedido o Decreto nº 6.571 que oferecia diretrizes aos estabelecimentos de atendimento educacional especializado do sistema regular de ensino, tanto públicos quanto privados (Brasil, 2008).

Novamente contando com a contribuição de discussões internacionais, o Decreto nº 6.949, de 2009, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, assinada em Nova York, que reitera, retoma e reforça princípios consagrados na Carta das Nações Unidas e em documentos oficiais como, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Pactos Internacionais sobre os Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais, Cíveis e Políticos, e a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, entre outros (Brasil, 2009, a).

Ainda em 2009 foi expedida a Resolução CNE/CEB nº 4 que oferece diretrizes operacionais acerca do Atendimento Educacional Especializado (AEE), determinando que o mesmo deva ocorrer no turno inverso da escolarização, preferencialmente nas salas de recursos multifuncionais das próprias instituições de ensino ou em centros de atendimento educacionais públicos e instituições de caráter comunitário e filantrópico conveniados com a Secretaria da Educação (Brasil, 2009, b).

Em 2010 o Projeto de Lei nº 8035, Plano Nacional da Educação (PNE), começou a ser debatido na Câmara dos Deputados, seguindo, a partir daí, os trâmites legais do processo legislativo. Em 2014, tal projeto de lei foi aprovado e sancionado pelo Congresso Nacional através da lei nº 13.005/14 (Brasil, 2014). Em complementaridade e continuidade do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) de 2007, o PNE prossegue com uma visão sistêmica da educação, estabelecendo dez diretrizes objetivas e vinte metas multidimensionais, acompanhadas de estratégias específicas para sua

concretização. O PNE vigoraria pelo decênio 2011-2020, contudo, dado a demora na aprovação do projeto de lei, vigorará por dez anos a contar da data da publicação da lei (25 de Junho de 2014). Este Plano Nacional da Educação pretende atuar na universalização e ampliação de acesso e atendimento escolar, em todos os níveis educacionais (Brasil, 2010, b). Ainda no ano de 2010, no âmbito municipal, foi expedido o Decreto nº 51.778 que apresenta o Programa Incluir com seus 7 objetivos: identificar; apoiar; formar; acessibilidade; rede; reestruturação das escolas municipais de educação especial, e avaliar.

No ano de 2011 o Decreto nº 7.611 vem revogar o Decreto nº 6.571/08, estabelecendo novas diretrizes para o Atendimento Educacional Especializado (AEE) e determinando como dever do Estado, entre outros, a adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, em concordância com a meta da inclusão plena (Brasil, 2011). No âmbito municipal, neste mesmo ano, foi promulgada a Portaria nº 5.594/11 que apresenta o Projeto Rede, integrante do Programa Incluir, que vem especificar as competências dos profissionais envolvidos no projeto.

Ainda na esfera da inclusão social, a lei solenemente apregoada em 2012 foi a Lei nº 12.764, Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), também conhecida como Lei Berenice Piana. Esta lei reconhece a pessoa com TEA como pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais, e estabelece diretrizes para o desenvolvimento de ações e políticas públicas, atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, estímulo à inserção no mercado de trabalho e à pesquisa científica, e oferta de informação pública sobre o Transtorno do Espectro Autista (Brasil, 2012, b). Mais recentemente, a presente lei foi regulamentada no âmbito federativo brasileiro pelo Decreto nº 8.368 de 02 de Dezembro de 2014. Acerca disso, a própria impulsionadora desta lei, Berenice Piana, tece críticas e análises negativas sobre o presente decreto, ressaltando que o mesmo deixa a pessoa com autismo sem apoio de centros especializados, prevendo apenas o acompanhamento especializado na rede de ensino regular, sem incluir no direito das pessoas com autismo o atendimento terapêutico em centros especializados.

Com o passar do tempo, mediante uma maior e melhor compreensão sobre o autismo e frente a uma utilização estigmatizada e coloquial do termo autista, a

nomenclatura para o TEA tornou-se Transtorno do Espectro do Autismo a fim de atenuar e/ou neutralizar utilizações pejorativas deste termo.

No âmbito municipal, a lei mais recentemente apregoada que tange a inclusão escolar foi a Lei nº 15.719 de 2013, que dispõe sobre a implantação de assistência psicopedagógica em toda Rede Municipal de Ensino (RME), com o objetivo de diagnosticar, intervir e prevenir problemas de aprendizagem, tendo como foco o educando e as instituições de educação infantil e ensino fundamental. No âmbito estadual, no último dia 11 de novembro de 2014, foi promulgada a Resolução SE 61 que volta a delinear o público da educação especial como sendo as pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e altas habilidades ou superdotação. O referido diploma define igualmente a operacionalização dos Atendimentos Pedagógicos Especializados (APE), assegurando ao público delineado por essa resolução, o acesso e apoio à aprendizagem e processo de escolarização.

Constatamos, a partir do processo paulatino e perene da legislação brasileira, uma busca por uma mudança social gradativa acerca da inclusão escolar e da melhoria na qualidade da educação. Autores apontam que partir da metade do século XX e início do século XXI houve um crescimento significativo na elaboração de documentos em prol dos direitos e das providências que visam à educação das pessoas com deficiência (Oliveira e Drago, 2012). Todavia, a distância entre as determinações legais e as práticas sociais e educacionais acaba por evidenciar uma dificuldade difusa em viabilizar e implementar processos efetivamente inclusivos e de melhoria na qualidade da educação. Em citação a Sigolo, Guerreiro e Cruz (2010), Oliveira e Drago (2012) ressaltam:

“Ainda se observa uma distância entre o que acontece no interior das escolas brasileiras e o que as políticas educacionais traçam como metas prioritárias do governo. Isto demonstra a necessidade de articulação política entre a legislação e as providências administrativas e orçamentárias que possam garantir no cotidiano o prescrito na lei”(p. 351).

A fim de atender exigências legais se faz necessário uma real aproximação entre teoria e prática.

2. O Ideal e o Real da Inclusão

A Inclusão Escolar não deve ser simploriamente vista como uma limitante imposição da legislação, mas sim como uma filosofia social que ofereça embasamento e sustentação ao ensino reflexivo e eficaz, que pormenorize o sistema educacional com o intuito de atender às necessidades, especiais ou não, de todos os alunos.

Como herdeiros do paradigma da Grécia Clássica, no qual filosofia, educação, antropologia e política eram confluentes, “a educação na modernidade retraça as origens diretas da nossa própria tradição pedagógica” (Marrou, 1975). Com seu objetivo maior repousando no desenvolvimento das potencialidades do homem em si e, do mesmo, como indivíduo da *Polis* (cidade-estado/sociedade) (Oliveira, 2012), a educação nos traz um legado expressivo de educação inclusiva, ressaltando que é através da educação que o homem aprende a cultura e, por conseguinte, a viver em sociedade.

O verdadeiro foco do processo inclusivo e da melhoria na qualidade da educação reside na observação dos potenciais e necessidades individuais de cada estudante, ao invés de se focar em características de defasagens e deficiências globais (Salend, 2008).

Práticas institucionais e instrucionais devem propor-se a identificar e atender os desafios e potenciais individuais, visando aumentar o desenvolvimento educacional, comportamental, social e psico-físico de cada estudante, promovendo, finalmente, o acesso a todos os aspectos e esferas da sociedade. Não se faz necessário, entretanto, a elaboração de currículos individualizados que, eventualmente, contribuiriam com a perpetuação e intensificação de ações educacionais segregatícias. O delineamento de expectativas individuais dentro de um conteúdo educacional generalizado, pertinente a cada momento de evolução educacional, redireciona a atenção dos professores e profissionais da educação aos potenciais e desafios individuais de cada aluno, impulsionando-os a desenvolver maneiras diferenciadas de oferecer instrução, atendimento e acolhimento a todas as necessidades individuais, sendo elas especiais ou não (Salend, 2008).

A educação inclusiva correlaciona-se atualmente, intimamente, com universalização da educação, implicando em um processo de reconhecimento e valorização das diversidades humanas, sejam elas de natureza étnica, de gênero, deficiência, religiosas, de orientação sexual, culturais, entre outras (São Paulo, 2011).

Mudanças de perspectivas e paradigmas sociais, naturais do processo de desenvolvimento humano e social, incitam e exigem adaptações às novas realidades e contextos.

A universalização da educação, através da educação inclusiva, vem ao encontro da demanda por uma evolução na situação social, característica do contexto da pós-modernidade. Neste contexto, a aceleração avassaladora das tecnologias e a expansão na compreensão de mundo e humanidade desencadeiam mudanças de entendimento e paradigmas, que passam a questionar e rever conceitos, formalismos, terminologias, entre outros, buscando aproximar-se gradualmente de uma convivência plural e harmônica em sociedade. Tal conjuntura favorece e impulsiona movimentos sociais como os Movimentos Feministas, Movimentos pela Igualdade Racial, Movimentos a favor dos Direitos Homossexuais, entre outros.

Neste enredo de encadeamento de mudanças de paradigmas, entendimentos e mobilizações sociais encontra-se também, inevitavelmente, a nova perspectiva da universalização da educação. Multiplicidades, diferenças e deficiências são inerentes a uma sociedade plural pós-moderna e requerem a incorporação social de suas particularidades a fim de promover a real inclusão social, livre de discriminações e estigmas, visando o pleno uso das capacidades e potencialidades individuais, o desenvolvimento e aprimoramento da autonomia e a emancipação humana e social (São Paulo, 2011).

As raízes do preconceito, amiúde, estão fundamentadas no desconhecimento, no medo e na estigmatização. Transmissões culturais de valores e percepções carregam consigo conotações, por vezes, antiquadas, desatualizadas e rígidas que prejudicam ou inviabilizam a quebra ou revisão de conceitos errôneos, estigmas e preconceitos. Características pessoais não resultam nem geram por si só, estigmas e preconceitos. Elas devem passar necessariamente por uma leitura e interpretação social, ordinária das relações interpessoais, que vem impregnada de emoções e mensagens culturais, que, por sua vez, suscitam atitudes e elaborações mentais que dão origem a barreiras atitudinais expressadas através de ações discriminatórias e estigmatizantes. Através destas atitudes discriminatórias e estigmatizantes, predefinimos o outro, seu potencial e seu limite de ação (Amaral, 2002).

Atribuições divinas ou demoníacas às características pessoais embasam a criação e manutenção de estigmas e preconceitos, bem como concepções que as definam como

meras alterações/anomalias orgânicas desconsideram fatores ambientais e sociais extremamente importantes e verdadeiramente impactantes. A mesma pessoa pode experimentar maior ou menor nível de diferença, desigualdade e deficiência de acordo com o contexto físico, social e político no qual está inserida (São Paulo, 2011).

Historicamente vivenciamos ensaios inclusivos que partiam de pressupostos equivocados de tentativa de normalização de diferenças, desigualdades e deficiências, negando por princípio a singularidade e peculiaridade do ser (Alves e Barbosa, 2006). Na concepção atual, diferenças, desigualdades e deficiências são entendidas como fenômenos inerentes à relação do indivíduo com seu meio físico, social e político, na qual dificuldades e limitações evidenciam-se no momento em que são encontrados obstáculos ou barreiras no ambiente físico e social (São Paulo, 2011).

O conceito de inclusão deve ser tido como uma filosofia social que emprega esforços de órgão governamentais, instituições e organizações sociais e sociedade civil em prol da construção de uma realidade baseada na aceitação incondicional e pertencimento (Salend, 2008). A essência deste conceito deve embasar-se nas relações de compaixão e não de piedade, na qual se estabelece relações entre iguais que usufruem da oportunidade de estar juntos, e não em sentimentos de superioridade/inferioridade em relação ao outro. Educação inclusiva deveria ser tida como uma oportunidade para os alunos com deficiência serem alfabetizados e educados no mesmo contexto curricular e instrucional que os demais colegas da sua classe, respeitando-se as eventuais necessidades de adaptação que visam satisfazer as necessidades educacionais de cada aluno. As escolas deveriam estar munidas de alternativas adaptativas para os diferentes tipos de deficiência, como, por exemplo, a implementação e utilização da linguagem de sinais (Libras), do sistema de escrita e leitura sensitiva (Braille), tecnologias adaptativas, entre outras (Brasil, 2004, a).

A dialética entre igualdade e justiça também deve ser abordada, oferecendo-se a todos, não apenas as mesmas oportunidades e intervenções, mas o atendimento justo das necessidades individuais. Prover o mesmo recurso a diferentes necessidades não necessariamente acarreta igualdade de oportunidades, mas as comprime a uma só categoria e nível. Justo seria a distribuição igualitária de oportunidades e recursos, ou seja, na mesma proporção, a todos os indivíduos, a fim de atender as particularidades e peculiaridades de suas necessidades, propiciando aos mesmos, ocasiões favoráveis para

realizar e implementar suas escolhas pessoais e exercer seus direitos e liberdades fundamentais, em sua plenitude (Oliveira, 2011).

3. O papel da Escola na Inclusão

Na busca e construção desta nova realidade de aceitação incondicional e pertencimento, as instituições de ensino desempenham um papel de suma importância. Conceitos sobre si, identidade pessoal e sensação de pertencimento no mundo são construídos nas instituições de ensino, graças ao processo interativo da socialização. Nas escolas são adquiridos, além de conhecimentos formais e acadêmicos, princípios éticos e morais que exercem influência direta no desenvolvimento e perpetuação da sociedade (Borsa, 2007).

Neste sentido a escola deve ser tida como um espaço que acolhe, reconhece, respeita, valoriza e responde às necessidades, especiais ou não, de cada aluno. Em uma sociedade verdadeiramente inclusiva, na qual não há excluídos, o termo inclusão reforça a responsabilidade social de promover transformações ambientais, culturais, sociais e políticas (São Paulo, 2011). Através desta significante, a escola torna-se um espaço privilegiado para a conquista e aprimoramento da educação, abrangendo o desenvolvimento psico-físico, intelectual e moral dos educandos em geral, objetivando finalmente sua plena integração, individual e social, auxiliando-os na organização, interpretação e exploração de suas relações com a sociedade (Vital, Silva e D'Antino, 2013).

Um currículo educacional significativo, desafiador e apropriado dentro das salas regulares de ensino, que lance mão de diferentes formas e técnicas de instrução voltadas ao atendimento dos potenciais e desafios individuais de cada aluno, vem beneficiar todos os alunos. Outrossim, segundo Salend (2008), no âmbito da inclusão escolar de alunos com necessidades especiais, quatro princípios essenciais devem estar assegurados: 1. Inclusão de todos os alunos e igualdade de acesso; 2. Potencialidade e desafios, e as diversidades individuais; 3. Prática reflexiva e instruções diferenciadas, e 4. Comunidade e colaboração.

O primeiro refere-se à inclusão de todos os alunos em salas regulares de ensino, independentemente da capacidade e estilo de aprendizagem, habilidade linguística,

estrutura familiar, situação econômica, origem cultural e religiosa, etnia, raça, sexo e orientação sexual. Desta forma a escola deve prover currículos de diferentes níveis e modalidades que estejam de acordo com as capacidades e necessidades de cada aluno e que impliquem em experiências sociais e educacionais desafiadoras.

O segundo princípio se refere à consideração, por parte dos professores e profissionais da escola, dos diversos fatores que moldam seus estudantes em sua maneira única de ser e estar, haja vista que capacidade e estilo de aprendizagem, habilidade linguística, estrutura familiar, situação econômica, origem cultural e religiosa, etnia, raça, sexo e orientação sexual influenciam e afetam o desempenho acadêmico e a socialização. Assim, a escola deve promover a aceitação, equidade e colaboração, atendendo às potencialidades e necessidades individuais de cada aluno, corroborando para o reconhecimento e valorização da diversidade.

O terceiro princípio refere-se à responsabilidade dos professores e profissionais da escola em analisar criticamente seus valores, crenças e práticas educacionais, verificando se atendem plenamente os propósitos de um ensino flexível, reflexivo, sensível e consciente das potencialidades e desafios de cada aluno. Estes profissionais devem dispensar tratamento justo, e não igualitário, aos seus educandos, adaptando técnicas de ensino, avaliação e currículo a fim de garantir que as necessidades individuais de cada aluno sejam atendidas.

O quarto e último princípio, mas não por isso menos importante, refere-se à participação de pais e da comunidade na efetivação de uma escola inclusiva. Educação inclusiva eficaz e efetiva depende de um trabalho em equipe que envolve esforços por parte de educadores, profissionais das áreas de educação, saúde e outras, organizações e agências sociais, estudantes, famílias e comunidades, visando a construção de uma realidade baseada na aceitação incondicional e pertencimento, que ofereçam, aos educandos, todos os suportes e serviços necessários para garantir seu acesso e permanência na sala regular de ensino (Salend, 2008).

Não obstante, apesar das numerosas diretrizes legislativas, científicas, acadêmicas e teóricas, muitas escolas permanecem sem recursos, humanos e materiais, para atender os educandos com necessidades educacionais especiais. Órgãos de administração federal direta e indireta têm evidenciado esforços que almejem oferecer estímulo e suporte a

ações inclusivas visando o atendimento das conquistas legais e sociais acerca da inclusão escolar e social de pessoas com deficiência.

A Secretaria de Educação do Estado de São Paulo anuncia, em seu site oficial, a elaboração e a implementação de diversos projetos e programas governamentais que visam à melhoria na qualidade da educação e a efetivação da inclusão escolar. Dentre eles encontramos o Programa Educação: Compromisso de São Paulo que visa à valorização da carreira de magistratura, o Programa REDEFOR – Rede SP de Formação de Docentes e o Programa Mestrado e Doutorado que oferecem cursos gratuitos e bolsas de estudos de pós-graduação aos docentes da rede estadual; o Programa EVESP e a Rede do Saber no qual, através de uma escola virtual, programas regulares, especiais e de capacitação são disponibilizados para alunos e docentes, e o Centro de Apoio Pedagógico Especializado (CAPE) que objetiva consolidar uma escola inclusiva de qualidade, aliada à diversidade de situações, oferecendo para tanto, diversos serviços de capacitação e suporte para pais e alunos, professores e funcionários e sociedade em geral.

No CAPE são produzidos materiais didáticos adaptados para alunos com dificuldades ou deficiências visuais; é oferecido atendimento especializado, no contra turno, para alunos com deficiências, altas habilidades/superdotação e/ou com transtornos globais do desenvolvimento matriculados na rede estadual pública de ensino, em salas de recursos multifuncionais, e é oferecida formação complementar e suplementar para docentes da rede estadual de ensino, responsáveis pela inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais.

Em avaliação do desenvolvimento do Programa Educação: Compromisso de São Paulo, o Observatório da Educação, entidade de cunho jornalístico que realiza monitoramento das políticas educacionais nas três esferas do governo, identificou uma série de variáveis que possivelmente interferiram no sucesso do programa. Segundo o Observatório, os programas do governo do Estado tendem a ser alterados a cada dois anos, com a entrada de um novo governo, e assim, novas propostas surgem. Nos últimos anos foram lançados diferentes programas em prol de melhorias na rede de ensino, como, por exemplo, ‘escola da família’, ‘mais qualidade na escola’, uma nova agenda para a educação pública’, ‘um salto de qualidade na educação’ e, o mais recente, ‘educação: compromisso de São Paulo’. Este último estabeleceu como objetivo, posicionar a rede paulistana de ensino entre as melhores do mundo até 2030, seguindo por base o

levantamento do PISA (avaliação padronizada internacional), na qual, atualmente, o Brasil ocupa o 53º lugar no ranking internacional. Ainda em avaliação nacional, a educação de São Paulo fica atrás dos estados brasileiros de Distrito Federal, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Paraná e Espírito Santo.

Segundo a avaliação do Observatório, o programa ‘educação: compromisso de São Paulo’, apresentou algumas importantes lacunas, dentre as quais, a ausência da respectiva proposta e previsão orçamentária, de participação e envolvimento da comunidade em elaboração de propostas e, de correlação entre as escolas de ensino de tempo integral e escolas prioritárias, havendo o risco de criação de “ilhas de excelência” que beneficiariam apenas algumas classes sociais.

No âmbito municipal, seguindo a portaria nº 5.718/04, foram criados os Centros de Formação e Acompanhamento à Inclusão (CEFAI), responsáveis pela oferta de formações, produção de materiais, acervo de materiais e equipamentos específicos, acervo bibliográfico e desenvolvimento de projetos. A fim de instituir a política de atendimento de educação especial no âmbito da Secretaria Municipal de Educação e na perspectiva da construção e consolidação de um sistema educacional inclusivo foi criado, através do decreto nº 51.778 de 14 de setembro de 2010, o Programa Incluir. Tal programa engloba diversos projetos com objetivos específicos, desenvolvidos de maneira articulada, a fim de se constituir uma real rede de apoio ao aluno, à escola e à família. A saber: Projeto Identificar, Projeto Apoiar, Projeto Formar, Projeto Acessibilidade, Projeto Rede, Projeto Reestruturação das Escolas Municipais de Educação Especial, e Projeto Avaliar. Mais recentemente, seguindo a portaria nº 2.496/12, foram criadas as Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão, integrantes do Projeto Apoiar, descritas como salas organizadas para a realização do Atendimento Educacional Especializado (AEE) de maneira a contemplar e suplementar a educação de alunos com transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e altas habilidades ou superdotação.

Em consideração ao Programa Incluir, Oliveira e Drago (2012) ressaltam que apesar das diretrizes indicativas de caminhos para práticas inclusivas, há uma profunda diferença de compreensão e, conseqüentemente de incorporação, do real significado de inclusão escolar na prática cotidiana da educação. E reiteram:

“A proposta de inclusão escolar traz implicações aos sistemas educacionais e aponta a necessidade de transformações

abrangentes nos âmbitos políticos, administrativos e pedagógicos” (p. 367).

Apesar de ações de suporte social e governamental, a implementação de uma realidade inclusiva no sistema educacional brasileiro ainda mostra-se deficitária. Tal fato pode dar-se em decorrência da falta de conhecimento e investimentos em pesquisas, tratamentos e intervenções apropriadas para esta população; entretanto, a dificuldade de se determinar os tratamentos e intervenções adequadas para atender diferentes tipos de diagnósticos, certamente contribui para a consumação desta dificuldade na busca e oferta de assistência.

4. A Clínica e a Escola em prol da Inclusão

Escolas que praticam a inclusão, tanto no âmbito privado quanto público, têm recorrido, cada vez mais, a recursos clínicos e terapêuticos para promover a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais nas salas regulares de ensino. Além de recursos pedagógicos e instrucionais voltados ao atendimento das necessidades de aprendizagem de cada aluno, estratégias terapêuticas têm sido implementados nos ambientes escolares em prol da educação inclusiva.

Nos tempos atuais de busca pelos mais eficazes tratamentos e intervenções, diferentes linhas de pensamento defendem suas visões acerca dos desencadeadores dos distúrbios do desenvolvimento. Em linhas gerais, o entendimento da deficiência, suas causalidades e particularidades, guiarão as formas de intervenção. Respeitando-se as variações individuais de cada pessoa com deficiência, em resposta às intervenções e tratamentos às quais foram submetidas, os efeitos dos tratamentos e intervenções denotam resultados específicos intrínsecos aos objetivos de cada terapia que, por sua vez, embasam-se na linha de pensamento particular da terapêutica adotada.

Em Psicanálise questiona-se quais os níveis de interferência do déficit real na construção psíquica da criança (Maesso, 1999). É dada particular atenção a aspectos subjetivos, como as relações mãe-bebê, as projeções narcísicas e a construção do sujeito de desejo. Sob a ótica da psicanálise e de acordo com Sereno (2008), entende-se que a curiosidade infantil não se instaurou em crianças com distúrbios graves, que se organizam nas investigações sexuais infantis e não transpõe a fase edípica do desenvolvimento

psíquico humano. Esta autora ainda defende que trabalhos terapêuticos na linha da psicanálise devem necessariamente ocorrer fora do ambiente escolar em virtude da dificuldade das crianças de separar o âmbito da análise e o trabalho pedagógico, e confundir o analista com um membro da escola.

Segundo Sarmiento (2009), a psicanálise se diferencia do behaviorismo entendendo que a pessoa que se torna treinada, afasta-se do poder de escolha. Em intervenções psicanalíticas com crianças, além de conversas, e em virtude do reduzido repertório verbal para expressar suas vivências, pode-se recorrer a materiais gráficos para desenho, jogos, recorte e colagem de imagens, músicas, movimentos corporais e dramatizações (Sarmiento, 2009).

Sob a ótica do behaviorismo, segundo Ferrari et al. (2006):

“...as interações entre os estímulos ambientais e as respostas de um organismo determinam as propriedades comportamentais que lhe garantem adaptação a diferentes situações e individualidade comportamental”(p.1).

O behaviorismo, de maneira geral, ocupa-se com a análise do comportamento. Esta análise do comportamento buscará identificar variáveis das quais o comportamento é função (Goulart e Assis, 2002).

Distinguindo-se das terapêuticas acima apresentadas, a teoria psicogenética, por sua vez, aspira conhecer a constituição dos mecanismos mentais da criança, e seu desenvolvimento. Explicações embasadas em análises genéticas e desenvolvimentais norteiam esta linha de intervenção. Com um de seus grandes precursores sendo Jean Piaget, esta linha se ocupa com o desenvolvimento mental e com o processo de equilíbrio desenvolvimental do organismo (Piaget, 1993).

No anseio de acolher e atender os diversos diagnósticos e pessoas com deficiência, diferentes estratégias terapêuticas têm sido adotadas no âmbito escolar. O trabalho de acompanhante terapêutico de base psicanalítica tem se tornado cada vez mais usual nos ambientes escolares, e surgiu da necessidade de incluir, nesses mesmos ambientes, as crianças com distúrbios graves (Assali, 2006). Trabalhos de acompanhamento terapêutico de base comportamental têm sido igualmente oferecidos, visando à inclusão de pessoas com necessidades especiais, diminuindo-se ou aumentando-se a incidência de comportamentos problemáticos ou desejados.

Um diferente recurso terapêutico que vem sendo atualmente utilizado com muito êxito em escolas particulares de São Paulo é a *tutoria clínico-escolar*. Atendendo à

mesma necessidade do trabalho de acompanhamento terapêutico de incluir pessoas com deficiência no ambiente escolar, mas partindo de uma diferente concepção de homem, a *tutoria clínico-escolar* se baseia nas dificuldades vividas no ambiente escolar com crianças com quadros patológicos, e nas tentativas malsucedidas de implementação de outras técnicas de inclusão.

TUTORIA CLÍNICO-ESCOLAR

Partilhando dos preceitos de diferentes linhas teóricas como, por exemplo, a epistemologia genética, a teoria cognitivo-comportamental e as neurociências, no que tange o relacionamento com a psicopedagogia e a aprendizagem de conteúdos escolares, a tutoria clínico-escolar parte de investigações neurofuncionais e neuropediátricas, tanto psiquiátricas quanto psicopedagógicas, para compreender o quadro clínico e assim oferecer as intervenções mais adequadas para cada caso. O escopo da tutoria clínico-escolar é a inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais no contexto educativo-social, auxiliando-as na compreensão de regras sociais para convivência em grupo/sociedade e na adequação dos comportamentos, e na aquisição de conteúdos escolares formais. Almeja-se, a partir do trabalho de tutoria, atingir uma mudança de atitude na esfera da aprendizagem, na qual conhecer, fazer, viver com e ser, tem como resultante a autonomia e o desenvolvimento integral das potencialidades de cada indivíduo. Neste sentido, a tutoria clínico-escolar se compraz da filosofia aristotélica no que se refere ao propósito da vida humana ser a obtenção da ‘vida boa’, na qual ser feliz e ser útil (participativo) à comunidade são objetivos sobrepostos, e ambos, presentes nas vivências sociais e atividades públicas, considerando-se primordialmente que as coisas acontecem para preencher uma necessidade e que todas as mudanças na natureza (e na vida) são transformações do potencial em real (Ferrari, 2011).

A tutoria clínico-escolar adota como base essencial de sua praxis os princípios de Reuven Feuerstein, psicólogo judeu-israelense que desenvolveu seu método a partir do trabalho com crianças e adolescentes sobreviventes do holocausto da segunda guerra mundial. Segundo Turra (2007), Feuerstein, orientando de Piaget na Universidade de Genebra, voltou seu olhar para além do paradigma inatista no qual a idade e as anomalias orgânicas são compreendidas como determinantes irreversíveis de impedimentos no desenvolvimento pleno de processos mentais complexos nos seres humanos, defendendo que não se pode prever limites para o desenvolvimento, nem simplesmente classificar pessoas sem antes conhecer sua propensão para a aprendizagem.

Seguindo o método de Reuven Feuerstein de Experiências de Aprendizagem Mediada (EAM), a tutoria clínico-escolar entende que é necessária a existência de um mediador de aprendizagem que selecione, enfoque e retro-alimente uma criança com necessidades educacionais especiais com experiências ambientais e hábitos adequados de

aprendizagem, filtrando, moldando e programando os estímulos mais apropriados para serem apresentados às crianças beneficiárias deste trabalho. Feuerstein apresenta e defende os fundamentos da Modificabilidade Cognitiva Estrutural, a Avaliação Dinâmica do Potencial de Aprendizagem da criança (Learning Potential Assessment Device – LPAD) e o Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI) (Goulart, 2003), e todas vêm a contribuir estruturalmente e significativamente com o trabalho de tutoria clínico-escolar.

Critérios de mediação são descritos no método de Feuerstein e os mesmos podem dialogar e se afinar com outras teorias e linhas de intervenção. Tais critérios a serem citados abaixo são descritos detalhadamente em Ron (2011). São eles:

1. Intencionalidade e Reciprocidade
2. Transcendência
3. Mediação do significado
4. Mediação do sentimento de competência
5. Mediação do comportamento de compartilhar
6. Mediação do controle e regulação da conduta
7. Mediação de individuação e diferenciação psicológica
8. Mediação da conduta de busca de planificação e de realização de objetivos
9. Mediação do desafio
10. Mediação da consciência da modificabilidade humana
11. Mediação da escolha da alternativa otimista
12. Mediação do sentimento de pertença

Resumidamente esmiuçando-se estes critérios, o primeiro deles se refere à necessidade de se interagir deliberadamente e de estar aberto às possíveis respostas do mediado. O segundo, à capacidade de generalização do aprendido para diferentes contextos. O terceiro, ao despertar do interesse pela atividade em si, criando uma nova dimensão para o aprender, levando por consequência a um envolvimento ativo e emocional no desenvolvimento da tarefa. Estes três primeiros critérios são adotados como universais no método de Feuerstein, e em sua essência estão contemplados os demais.

O quarto critério deste método refere-se à transmissão do valor das conquistas do mediado, melhorando sua percepção de si. O quinto, à utilização de técnicas cooperativas para a realização das atividades, incentivando o respeito mútuo e a capacidade de

cooperar. O sexto, à regulação dos comportamentos e emoções, ajudando a lidar com os impulsos hiperativos e com a letargia ou atraso na resposta.

O sétimo critério, intimamente relacionado com o quarto, auxilia o mediado, através da auto-reflexão e auto-conhecimento, a constituir-se como indivíduo. O oitavo refere-se ao direcionamento através de planejamento e delineamento de objetivos, buscando administrar a necessidade premente de satisfazer suas necessidades imediatas. O nono vem ao encontro de flexibilização e aceitação do novo, auxiliando em como lidar com o “sair da zona de conforto”, por exemplo.

O décimo critério, que também se relaciona intimamente com o sétimo e quarto, refere-se à tomada de consciência das reais potencialidades e dificuldades individuais, ampliando-se o entendimento de que somos capazes de modificar nosso próprio funcionamento cognitivo. O décimo primeiro, à uma atitude positivista de busca por identificar diferentes possibilidades de resolução de situações complexas, almejando vencer os obstáculos. E, finalmente, o décimo segundo critério refere-se à sensação de pertencimento do indivíduo em um grupo social (Ron, 2011).

A partir do método de Feuerstein, é possível delinear aproximações e/ou divergências teórico-metodológicas entre esta e outras linhas de pensamento e abordagens de intervenção que regem o trabalho de tutoria. Em observância dos critérios de transcendência e mediação do sentimento de pertença e, diferentemente do apresentado por Sereno (2008), que defende que o tratamento terapêutico deve ocorrer fora do ambiente escolar, acreditando ainda que o ambiente escolar é o espaço mais propício para a educação e socialização de qualquer indivíduo, a tutoria clínico-escolar lança mão de estratégias clínicas para oferecer intervenções terapêuticas no local e no momento que a dificuldade se apresenta.

Embasando-se nos critérios de mediação do comportamento de compartilhar e do controle e regulação do comportamento, e distinguindo-se ainda de princípios do behaviorismo clássico anteriormente apresentados, a tutoria clínico-escolar busca vincular o próprio sucesso escolar e de socialização como a consequência positiva para a adequação dos comportamentos. Contudo, estratégias de base teórica cognitivo-comportamental que visam à aquisição de novos comportamentos através da aprendizagem social por mimetismo de comportamento, na qual se introduz um modelo social adequado de comportamento com o tutor, visando facilitar o aprendizado por observação ou imitação, bem como a aprendizagem social por regras (se... então...) podem, conforme necessidade, ser utilizadas no trabalho de tutoria clínico-escolar a fim

de promover uma reestruturação cognitiva através do condicionamento operante dos comportamentos (UNISA, 2013).

Em convergência com os critérios de mediação do significado, do sentimento de competência e de individuação e diferenciação psicológica, princípios de base teórica Junguiana podem igualmente ser implementados nas intervenções da tutoria clínico-escolar, em particular com o intuito de impulsionar o desenvolvimento da autonomia e auto-realização seguindo-se o entendimento analítico da individuação como o processo no qual o indivíduo evolui, de um estado infantil de identificação pueril, para um estado de maior diferenciação e ampliação da consciência de si mesmo (Pieri, 2002).

Além destes, conceitos da neurociência que dialogam com o décimo critério de mediação da consciência da modificabilidade humana podem contribuir substancialmente para a construção da atuação de um tutor clínico-escolar. A neurociência corrobora significativamente com o desenvolvimento de uma pedagogia moderna, ativa e contemporânea que atenda de maneira adequada as requisições de um aprendizado rápido e dinâmico das crianças do terceiro milênio, habitantes de um mundo globalizado e rico de informações fugazes. Revisitando a teoria de Jean Jaques Rousseau, filósofo da natureza, da liberdade e igualdade, e autor da concepção motriz de toda a racionalidade pedagógica moderna, a educação na infância deve pautar-se em um processo natural de aprendizado, no qual são consideradas as particularidades e especificidades do momento inicial de vida e desenvolvimento humano, assumindo-se e respeitando-se a ‘ingenuidade e inconsciência’ das crianças (Freitas [s.d.]).

A pedagogia contemporânea, embasada nos conhecimentos neurocientíficos, busca facilitar o fortalecimento neural, impulsionando disparos neurais e conexões sinápticas através de um ensino desafiador, ministrado de maneira lúdica e atraente. Algumas estratégias de traquejo da dinâmica escolar podem contribuir com uma estimulação e desenvolvimento neural apropriado, como é o caso do estabelecimento de regras de convívio harmonioso, tornando os alunos responsáveis pela organização, limpeza e desfrute dos materiais, e a utilização de materiais e didáticas diferenciadas para apresentar os conteúdos pedagógicos, expondo os alunos diversas vezes, em diferentes formatos (auditivo, visual e tátil), aos mesmos conteúdos a fim de facilitar a fixação da aprendizagem. Momentos de descanso e reflexão na rotina das crianças também mostram-se vultuosamente relevantes haja visto que nestes períodos de serenidade o cérebro cria tempo e condições para “escanear” todo o conteúdo aprendido visando assimilá-lo,

ativando para tanto o hipocampo a fim de memorizar as informações, consolidando consequentemente o aprendizado (Mietto, 2009).

Por fim, consonante com o nono critério de mediação do desafio, a tutoria clínico-escolar recorre igualmente a recursos da teoria de Piaget, na qual as mudanças do comportamento relacionam-se, entre outros, com a idade cronológica dos indivíduos, pautando-se no desenvolvimento mental e crescimento orgânico dos mesmos, em interação com o meio circundante. Esferas físico-motoras, intelectuais, afetivo-emocionais e sociais são consideradas, especialmente no que se refere às habilidades motoras, habilidades na solução de problemas, entendimento conceitual, aquisição de linguagem, entendimento moral e formação da identidade. Diversos fatores são passíveis de exercer influência sobre as esferas do desenvolvimento individual supracitadas; são estes: a hereditariedade, o crescimento orgânico, a maturação neurofisiológica, o meio circundante e as experiências individuais (Brasil Escola, 2013).

Considerando-se estas esferas desenvolvimentais e possíveis fatores influentes, o trabalho de tutoria clínico-escolar visa auxiliar instituições educacionais na transmissão de conteúdos aos alunos com necessidades educacionais especiais. As escolas tradicionais ocupam-se prioritariamente com a transmissão de conteúdos, privilegiando conteúdos conceituais e procedimentais. Todavia, os conteúdos atitudinais, de igual importância, ficam desfavorecidos, dando espaço para o surgimento de desvios de comportamento e inadequação social. Conteúdos conceituais, procedimentais e atitudinais estão intimamente relacionados, porém, em virtude de cobranças sociais de aprendizados formais (ler e escrever) e outras construções culturais arraigadas no ambiente escolar, professores e demais profissionais da escola acabam priorizando a transmissão de conhecimento formal e mensurável, desestimando o essencial, imprescindível e indispensável conteúdo atitudinal. Esta torna-se, portanto, brecha para a atuação do tutor clínico-escolar, que irá assumir o papel e postura de representante do código de ética social para o beneficiário da estratégia.

Na prática, mediante demanda da instituição escolar e/ou dos pais da criança e após a realização de bateria de exames e avaliações médicas e clínicas, considera-se a necessidade da introdução de um trabalho de tutoria clínico-escolar que é desenvolvido no ambiente escolar no qual a criança está inserida, acompanhando-a durante todo o período letivo em que a mesma permanece na escola. O tutor estabelece para a criança beneficiária do trabalho, em concordância com a instituição escolar, uma rotina significativa, de forma integrada e organizada que, ao ser compreendida e internalizada,

se torna um porto-seguro e oferece sensação de segurança e controle para a criança, que passa a entender como deve-se proceder nos diferentes momentos e ambientes da escola. A intervenção perdura o tempo necessário para a criança adaptar-se às regras sociais e ambiente escolar, e aspira como resultado a demonstração de uma evolução da criança nos conteúdos conceituais e procedimentais, bem como na parte atitudinal, conseguindo manter, de maneira independente e autônoma, a adequação dos comportamentos e a internalização e habilidade de cumprimento de regras sociais.

O trabalho de tutoria clínico-escolar evidentemente oferece um suporte importante à instituição escolar, contudo, é um trabalho clínico realizado por um profissional intensamente treinado e capacitado, vinculado a uma instituição clínica independente, mas parceira da escola, que requer um reconhecimento financeiro pelas horas de trabalho realizadas junto à criança, horas de supervisão do trabalho junto à coordenação da clínica e demais custos envolvidos no trabalho.

Historicamente, o aspecto financeiro tem se mostrado um dos maiores dificultadores para o sucesso e continuidade de trabalho de tutoria clínico-escolar até a alta do beneficiário, haja visto que, além dos custos relativos à matrícula e permanência da criança na escola, os pais e familiares hão de cumprir também com os custos de um acompanhamento clínico/terapêutico de um tutor clínico-escolar e os demais custos que estão envolvidos também com o desenvolvimento do seu trabalho. A fim de viabilizar e popularizar a utilização desta estratégia em variados ambientes inclusivos faz-se necessário a criação de uma fonte de financiamento, pública ou privada, que, reconhecendo a importância e eficácia da tutoria, assuma o custeio dos honorários dos profissionais envolvidos com o trabalho, e/ou a regularização de cargos para profissionais tutores dentro do quadro de funcionários das escolas, assegurando-lhes o suporte e orientação de profissionais clínicos para o desenvolvimento do seu trabalho nos moldes de uma intervenção clínico-escolar. Conquanto o trabalho de tutoria clínico-escolar tem mostrado êxitos expressivos no desenvolvimento de crianças beneficiárias desta intervenção.

Um quadro clínico que tem sido trabalhado a partir da tutoria clínico-escolar com satisfatório sucesso é o do caso, a ser descrito adiante, de um menino com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

Nos dias de hoje, Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um distúrbio intensamente pesquisado e discutido. Muitas mudanças de interpretação do quadro ocorreram desde a primeira descrição, especialmente buscando-se maior coerência com os achados científicos. Contudo, muitas incertezas que ainda restam acerca da causa deste distúrbio dão margem para variadas interpretações e intervenções.

Historicamente, ainda nos anos antes de Cristo (a.C.) a doença mental era apoiada em concepções da natureza mágica e intuitiva do ser humano, dando-se espaço para tratamentos e intervenções de sacerdotes e feiticeiros. Segundo Silveira e Simanke (2009) e seguindo o pensamento de Michel Foucault, filósofo, teórico social e crítico literário, especialmente no que se refere às atribuições divinas ou demoníacas das doenças mentais:

“... foi se erguendo uma prática discursiva que considerava que a loucura ‘nasce no coração do homem [na medida em que ele] organiza e desorganiza sua conduta’... não como efeito de um mistério ocultado, mas fruto da prática moral do homem, no desvio do indivíduo do caminho da retidão”(p. 27).

Com o passar do tempo e com o trabalho de médicos e estudiosos como, por exemplo, Hipócrates, a doença mental passou a ser mais intimamente relacionada a condições físico-orgânicas relativas ao funcionamento cerebral. Em meados do século XIX, período denominado científico naturalista, a doença mental passou a ser estudada mais a fundo no âmbito da psiquiatria. Naquele momento, agrupavam-se os sinais dos quadros, constituindo-se uma sintomatologia e uma nosografia, que ofereciam uma descrição sistemática das doenças mentais.

O termo Autismo foi descrito pela primeira vez em 1907, pelo psiquiatra Eugen Bleuler. Neste momento Bleuler descrevia sintomas esquizofrênicos de perda da realidade e retraimento social, utilizando para tanto o termo Autismo, advindo da palavra grega *autos*, que significa *si mesmo*. De acordo com o dicionário de psicanálise, Bleuler extraiu este termo do conceito de auto-erotismo, introduzido inicialmente por Havelock Ellis e posteriormente adotado por Freud. Por considerar o termo auto-erotismo demasiadamente voltado ao conteúdo sexual do ser humano, Bleuler suprimiu o erotismo

do termo e denominou os sintomas esquizofrênicos que pesquisava de Autismo (Roudinesco, 1944).

No ano de 1943, Leo Kanner fez a primeira descrição do ‘Distúrbio Autístico do Contato Afetivo’ após acompanhar casos clínicos desde 1938. A escolha do termo não se deu por acaso, pois, acompanhando o raciocínio de Bleuler, nesta primeira descrição, o autismo era tido como profunda dificuldade no contato com as pessoas, um desejo obsessivo de perseverar nas coisas e situações, uma ligação especial aos objetos, presença de uma fisionomia inteligente e alterações da linguagem. Tais sintomas ainda eram, nesta época, relacionados com a esquizofrenia (Assumpção e Schwartzman, 1995). A síndrome de Asperger, que atualmente está sendo reinserida no Espectro do Autismo, também começou a ser estudada e descrita desde os anos 20. Inicialmente, em 1920, um neurologista russo, Schucharewa, descrevia uma perturbação da personalidade de tipo esquizoide, que implicava em afastamento do convívio social e dificuldade com as emoções nas relações interpessoais. Em 1944, o pediatra Hans Asperger descreveu diversos casos de ‘Psicopatia Autística Infantil’ onde componentes essenciais da inteligência e da fala mantinham-se preservados. Contudo, só em 1981, a partir dos trabalhos de L. Wing, a síndrome de Asperger recebeu sua atual nomenclatura, em homenagem a Hans Asperger (Palha, 2009).

Ainda na década de 40, a psiquiatria descobria e desenvolvia a utilização de fármacos no tratamento das doenças mentais, como os antimaníacos, antipsicóticos e antidepressivos. Esta época foi denominada a era dos psicotrópicos. Apesar de até hoje não existir um medicamento único para o autismo, muitos tratamentos farmacológicos são aplicados - em cooperação com outros tratamentos como, por exemplo, psicoterapia - para tratar condições comórbidas ao quadro, como epilepsia, distúrbios do sono e do comportamento, entre outras.

Nas décadas subsequentes, nos anos 60 e 70, surgem os primeiros movimentos da antipsiquiatria, que questionavam não só os tratamentos medicamentosos como também as próprias doenças mentais. Também na década de 70, novas descrições e classificações do quadro do autismo passaram a ser desenvolvidas, e este passa a ser diferenciado da esquizofrenia e psicose infantil. Embora haja similaridades entre os quadros como, por exemplo, o desinteresse e indiferença social, no autismo não são descritos episódios de delírios ou alucinações.

Em 1976, Ritvo transforma a concepção de autismo, associando-o a déficits cognitivos, devendo, portanto, ser considerado como distúrbio da infância. Baseando-se nos novos descobrimentos e definições, em 1980 o autismo passa a integrar os quadros de ‘Distúrbios da Infância’ no DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – APA, 1980).

Nas primeiras duas versões do DSM nos anos de 1952 e 1968, o termo esquizofrenia infantil descrevia o autismo. A primeira classificação oficial do quadro do autismo, no CID-8 (Classificação Internacional de Doenças), incluía-o nos subgrupos da esquizofrenia. Já no DSM-III em 1980, o autismo passa a integrar o grupo dos ‘Distúrbios Invasivos do Desenvolvimento’.

Mais recentemente, na era científica, os laços entre a prática clínica e as pesquisas científicas se estreitaram. Nos volumes do CID-10³ e DSM-IV (APA, 2000), o Espectro do Autismo ainda está classificado dentro dos ‘Transtornos Invasivos do Desenvolvimento’ (F84) e subdividido nas seguintes categorias: F84.0 Autismo Infantil; F84.1 Autismo Atípico; F84.2 Síndrome de Rett; F84.3 Outros transtornos desintegrativos da infância; F84.4 Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados; F84.5 Síndrome de Asperger; F84.8 Outros transtornos globais do desenvolvimento, e F84.9 Transtornos globais não especificados do desenvolvimento. Nestas classificações oficiais, o Espectro do Autismo é caracterizado por alterações significativas na tríade de comprometimento do autismo: comunicação, interação social e comportamentos.

Na versão seguinte do DSM–V, publicada em 2013 (APA, 2013) os distúrbios do espectro do autismo foram reagrupados em uma única classe e inseridos na categoria de ‘Distúrbios do Neurodesenvolvimento’. Ao invés da tríade de comprometimento do autismo, esta nova versão sugere a disposição das sintomatologias do quadro em duas classes: distúrbios persistentes da interação e comunicação social, e repertório restrito e estereotipado de interesses e atividades. Neste novo volume, em concordância com as novas pesquisas e achados científicos, buscou-se dar maior reconhecimento à dimensão psicogenética do autismo.

³ A versão online para consulta do CID-10 está disponível em <http://www.medicinanet.com.br/cid10/f.htm>

A despeito da singularidade de cada caso e dos diferentes graus de comprometimento em intensidade, frequência, existência e gravidade, as pessoas diagnosticadas com autismo apresentam um desenvolvimento divergente do esperado para sua faixa etária. Os sinais mais comuns do autismo são, geralmente, o retraimento social, a dificuldade na comunicação e a severidade de interesses. No que tange o retraimento social, os estímulos sociais e ambientais parecem não despertar interesse na pessoa com autismo, que evita o contato físico e visual e tende ao isolamento. Na esfera da comunicação, a pessoa com autismo pode apresentar dificuldade na compreensão e expressão oral, por vezes agindo como surdo-mudo ou repetindo palavras e frases sem intenção comunicativa (ecolalia), e/ou utilizando o outro como instrumento para atingir seus fins. No que se refere à severidade de interesses, a pessoa com autismo tende a se apegar, de maneira rígida, a padrões de rotina e a objetos, podendo apresentar baixa tolerância a frustrações e crises agressivas caso haja mudança nos padrões estabelecidos (Defensoria Pública, 2011).

Em geral, sintomas do espectro do autismo aparecem antes dos três anos de idade e podem perseverar por toda vida. Embora não exista cura para o autismo, o diagnóstico precoce e as intervenções oportunas podem auxiliar na construção de um bom prognóstico. Em apenas um quarto de século, a incidência do autismo passou de 2:1000 à 1:150, e assaz deve-se, possivelmente, ao refinamento no processo do diagnóstico.

Apesar de, por vezes, o diagnóstico rotular e aprisionar o indivíduo a uma determinada deficiência, maneira de ser e agir, ele é a primeira e essencial etapa que dá a dimensão do comprometimento do quadro. No diagnóstico são levados em consideração aspectos da história de vida e de desenvolvimento daquela pessoa, seu contexto familiar e social, e suas habilidades pontuais (cognitivas, comunicativas, sociais, etc). Objetiva-se com isso delinear, da maneira mais fidedigna possível, o momento de vida e desenvolvimento daquela pessoa.

Em se tratando de uma demarcação do momento de vida da pessoa, revisões periódicas do diagnóstico se fazem necessárias para a adequação das propostas de tratamento. A partir do diagnóstico definem-se as diretrizes para o tratamento e as condições legais daquele indivíduo.

No Brasil, conforme ressaltado anteriormente, jurídica e legalmente, a pessoa com autismo é tida como pessoa com deficiência, que apresenta impedimentos de longo prazo

que podem prejudicar ou impedir sua participação plena e efetiva na sociedade. Respalhada pela legislação vigente, a pessoa com autismo deve ter garantido, entre outros, seu direito à educação e à saúde, através de programas educacionais inclusivos e de tratamentos específicos.

Muitas são as intervenções que se propõe a tratar o autismo. As divergências e semelhanças entre elas estão, comumente, relacionadas à visão de homem empregue nas intervenções. No campo da psicologia, as principais linhas teóricas das quais surgem as intervenções terapêuticas para o tratamento do TEA são o ‘Behaviorismo’, a ‘Teoria Psicogenética’ e a ‘Psicanálise’.

Dentre as intervenções behavioristas, podemos citar o programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children), o programa de Princeton e o método ABA (Applied Behavior Analysis), entre outros. Dentre as intervenções dirigidas pelos preceitos da epistemologia genética ou ‘Teoria Psicogenética’ podemos citar a terapêutica TED (Thérapie d’Échange et de Développement) e o programa Floor Time (Tardif, 2010). A ‘Psicanálise’ por sua vez, propõe um tratamento terapêutico psicanalítico para o autismo, enfocando nos aspectos da constituição do eu, que interferem diretamente na sintomatologia do quadro do autismo. Segundo Tarufi (2005), o tratamento psicanalítico visa propiciar condições para que a criança com autismo constitua a noção de si e do outro.

Apesar das leis em vigor, dos novos achados científicos e das intervenções disponíveis para tratamento, o autismo acaba, por vezes, sendo suplantado pela discriminação.

“A discriminação ocorre quando, por exemplo, em virtude da deficiência, o acesso à saúde, à educação ou ao mercado de trabalho é dificultado ou negado, ou quando a própria família impede a convivência comunitária da pessoa com autismo, isolando-a e impedindo seu contato com outras pessoas e o exercício de sua cidadania” (Defensoria Pública, 2011 – pg. 18-19).

A arma mais poderosa contra a discriminação é a informação. O conhecimento auxilia para a quebra de padrões rígidos e entendimentos errôneos, libertando-nos de preconceitos e dando-nos a oportunidade de determo-nos às características, necessidades

e potencialidades de cada indivíduo. Em posse de informações relevantes sobre cada caso, aumentamos a possibilidade de proporcionarmos a assistência necessária a cada indivíduo, sem sofrermos contágio dos estigmas e crendices que os limitam a restritas possibilidades de evolução e futuro.

Com o intuito de aumentarmos a conscientização coletiva sobre o TEA, suas características e necessidades, torna-se necessário e imprescindível o emprego de um esforço geral e comunitário a fim de diminuirmos o preconceito em relação às possibilidades, potencialidades e ao futuro de pessoas com autismo.

OBJETIVOS DA PESQUISA

O presente estudo pretendeu fazer um breve levantamento das estratégias terapêuticas comumente utilizadas em contextos escolares e discorrer sobre a *tutoria clínico-escolar* como um método possível para a inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais. A fim de elucidar possíveis questões sobre as particularidades e eficácias do método supracitado, emergiu a aspiração para uma análise detalhada dos embasamentos teóricos e um estudo de caso acerca das práticas terapêuticas e dos resultados apresentados por esta intervenção: *tutoria clínico-escolar*.

O objetivo geral desta pesquisa era fundamentar o método da *tutoria clínico-escolar* e suas práticas terapêuticas em embasamentos teóricos e referenciais bibliográficos, visando alicerçar esta prática inclusiva em teorias psicológicas e psicopedagógicas. Em posse de conhecimentos desta natureza, este método de intervenção poderá ser considerado como um recurso e, eventualmente, ser utilizado preferencialmente em casos de inclusão escolar de crianças com distúrbio do desenvolvimento e necessidades educacionais especiais, e quiçá, idealmente, tornar-se uma proposta de política pública de inclusão escolar. Com isso, o objetivo geral da pesquisa era, igualmente, responder ao questionamento: *A tutoria clínico-escolar é uma estratégia passível de ser utilizada como recurso para inclusão escolar?*

Os objetivos específicos deste estudo estão relacionados ao levantamento e acompanhamento de um caso clínico submetido à *tutoria clínico-escolar*, observando a técnica e os resultados obtidos. Busca-se ilustrar, a partir do caso clínico, tanto a metodologia quanto os efeitos da *tutoria clínico-escolar*, observando, em um estudo de caso, a adequação do método e os ganhos desenvolvimentais apresentados pelo beneficiário desta intervenção.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo foi desenvolvido com seis enfoques distintos. Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica acerca da temática e das metodologias utilizadas como recurso para a inclusão escolar e sua aplicabilidade. Em um segundo momento se investigou mais aprofundadamente os argumentos teóricos, de pesquisas e de vivência prática que sustentam e ilustram a prática da *tutoria clínico-escolar*. Estes dois primeiros momentos se desdobraram durante toda a pesquisa a fim de enriquecer os levantamentos bibliográficos e teóricos sobre os temas, conforme apresentado nos capítulos ‘Trajetória da Pesquisa’, ‘Inclusão Escolar’, ‘Tutoria Clínico-Escolar’, e ‘Transtorno do Espectro do Autismo’.

O terceiro enfoque desta pesquisa foi o levantamento e acompanhamento de um caso clínico submetido à *tutoria clínico-escolar* em uma escola específica da rede regular de ensino de São Paulo. Para tanto o projeto de pesquisa foi antecipadamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (CEPH.IP) e foram igualmente colhidos os termos de consentimento, por parte dos pais do sujeito de pesquisa, da instituição educacional copartícipe e da clínica terapêutica que oferece o trabalho de tutoria, dando anuência para coleta de dados e participação na pesquisa. Cópia do parecer do CEPH.IP (nº 240.424) e modelo dos termos de consentimento podem ser encontrados nos Anexos I a IV.

A fim de ilustrar os procedimentos adotados e resultados obtidos a partir da metodologia da *tutoria clínico-escolar*, por meio da aplicação de escalas de desenvolvimento, foi realizado o acompanhamento de um caso clínico específico, de um beneficiário da intervenção, durante o período de três semestres letivos. O critério utilizado para a eleição do caso clínico que ilustra a técnica utilizada na intervenção *tutoria clínico-escolar* foi a manutenção da exposição do sujeito à metodologia e sua permanência na instituição escolar coparticipante durante todo o tempo de coleta de dados da pesquisa, amiúde, de agosto de 2013 a novembro de 2014. Esta instituição de ensino foi eleita coparticipante da pesquisa em virtude de suas filosofias e práticas inclusivas, mas, sobretudo, por sua oferta e implementação da estratégia investigada, *tutoria clínico-escolar*, em seu cotidiano escolar.

O quarto escopo deste estudo foi o de aplicação de escalas de desenvolvimento em um momento inicial e em outro momento, após um semestre letivo de exposição à metodologia *tutoria clínico-escolar*, e novamente no início e ao fim dos dois semestres letivos subsequentes, compondo assim um ano letivo e meio de exposição do beneficiário à intervenção *tutoria clínico-escolar*. Foram realizados pré e pós-testes com a própria criança, com os pais e responsáveis, e com professores e profissionais envolvidos no atendimento educacional especial desta criança. A aplicação dos instrumentos e coleta de dados ocorreu, em sua maioria, nas dependências da clínica coparticipe, e, eventualmente, em espaço reservado no ambiente da escola, e foi realizada exclusivamente pela pesquisadora do presente estudo, contando-se com a colaboração de outra psicóloga para a cotação duplo-cego do instrumento aplicado diretamente com a criança, EFC-R, a fim de sanar possíveis interpretações enviesadas da pesquisadora.

O instrumento utilizado para a aferição do nível de desenvolvimento da criança junto aos pais e profissionais envolvidos foi a escala Vineland de comportamento adaptativo (Sparrow, Balla e Domenic, 1984) que se propõe a investigar e avaliar as necessidades especiais e mensurar comportamentos adaptativos funcionais da criança. Junto à criança, o instrumento utilizado foi a Escala de Avaliação Funcional dos Comportamentos, versão revisada (EFC-R) (Barthélemy e Cols. – 2001), por ser este um importante instrumento para a avaliação dos quadros autísticos e por oferecer com precisão o perfil funcional da sintomatologia autística, evidenciando as áreas do funcionamento psicológico e funcional que se encontram comprometidas.

Os resultados quantitativos obtidos, tanto com os pais e profissionais na Escala Vineland, quanto com a criança, sujeito da pesquisa, nas avaliações da Escala EFC-R, foram classificados e interpretados a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ). Com seu modelo biopsicosocial a CIF é tida como uma ferramenta de descrição e organização de informações acerca da funcionalidade e incapacidade humana, oferecendo para tanto uma base conceitual única para definir e classificar saúde e incapacidade (Araujo, 2011). Desta forma, buscou-se homogeneizar e padronizar a linguagem e a interpretação dos diferentes instrumentos no que se refere ao momento de desenvolvimento da criança participante. Maiores detalhes sobre os instrumentos e escalas utilizados na pesquisa serão expostos nos capítulos subsequentes.

No quinto momento da pesquisa, ao final da aplicação das escalas e intervenções, e em posse desses dados, foi realizada uma análise comparativa dos ganhos apresentados pelo participante nas fases iniciais e após três semestres letivos de exposição à intervenção, inferindo-se, a partir desses resultados, os efeitos da metodologia para o caso clínico observado. Os ganhos desenvolvimentais foram avaliados baseando-se nas diferenças apresentadas entre os resultados da primeira e da última aplicação das escalas, em cada momento da investigação, tanto em análise quantitativa quanto qualitativa.

O sexto e último momento da pesquisa foi o de recomendações e sugestões de continuidade da pesquisa. A partir da análise dos dados poder-se-á indicar caminhos para futuras investigações de grande porte (i.e. pesquisa com mais participantes do mesmo diagnóstico).

INSTRUMENTOS DA PESQUISA

1. Vineland Adaptative Behavior Scale (VABS) Escala de comportamento adaptativo Vineland

Gradativamente, e cada vez mais intensamente, investigações sobre comportamentos adaptativos têm sido inseridas em avaliações completas do desenvolvimento de crianças, especialmente das que apresentam qualquer distúrbio do desenvolvimento. A escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Vineland Adaptative Behavior Scale - VABS) vem exatamente ao encontro do atendimento desta necessidade. Publicada em 1984 por Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti, a VABS é um instrumento vastamente utilizado para mensuração e avaliação do comportamento adaptativo, caracterizando e aferindo os desafios adaptativos dos indivíduos, apresentando inclusive um axiomático valor diagnóstico (Klin et al., 2006). Ela na verdade tem uma história mais antiga, pois há registros de que tenha surgido em 1936 (Custodio, 2007).

A VABS avalia as capacidades de autossuficiência de indivíduos em diversos campos do funcionamento. Composto por 383 itens divididos em quadro domínios, a VABS cobre as esferas da comunicação (linguagem receptiva, expressiva e escrita), das habilidades de vida cotidiana (pessoal, familiar e na comunidade), da socialização (relações interpessoais, jogos e momentos de lazer, e habilidades para enfrentamento e superação), e das habilidades motoras (coordenação motora grossa e fina). Existe ainda um domínio opcional que se refere ao índice dos comportamentos disruptivos, abrangendo as esferas da internalização, externalização e outros. Os dados para preenchimento e interpretação da escala VABS são colhidos através de uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas, administrada junto aos pais ou responsáveis, ou cuidadores principais dos indivíduos avaliados, e pode ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde habilitado e familiarizado com os itens e objetivos da escala. A aplicação da escala pode durar de 20 a 60 minutos e sua pontuação leva aproximadamente 15 a 30 minutos (Manohari et al., 2013).

Os objetivos desta escala estão relacionados à mensuração e avaliação do nível de independência pessoal e social dos indivíduos desde o nascimento à idade adulta, aferindo a adequação do nível desenvolvimental e o desenvolvimento adaptativo dos

comportamentos dos indivíduos avaliados (Bernal, 2010). A VABS está disponível em três versões, todas em Inglês, que são fortemente encorajadas, também pelos autores, para tradução e aplicação em outras línguas e culturas. As versões disponíveis são dois questionários, uma entrevista expandida e um questionário Vineland versão escolar preenchido e cotado pelos professores. Esta última versão contempla crianças e adultos em fase escolar, de 3 a 21 anos e 11 meses; as demais versões aplicam-se a crianças e adultos desde o nascimento até noventa anos. Os resultados esperados indicam o nível individual dos comportamentos adaptativos e a idade equivalente (Manohari et al., 2013).

A VABS tem se mostrado um instrumento passível de ser utilizado em estudos e pesquisas para avaliar os níveis de comportamento adaptativo e habilidades sociais em indivíduos com autismo ou quaisquer outros distúrbios do desenvolvimento (Bernal, 2010), bem como em ambientes clínicos e terapêuticos, auxiliando no planejamento de intervenções, embasando-se nas habilidades e comportamentos que o indivíduo deveria ter adquirido especialmente no que se refere ao seu nível de desenvolvimento cognitivo (Klin et al., 2006); contudo, não foi realizada validação deste instrumento para população brasileira, usando-se por referência as tabelas pertinentes à população americana.

2. Échelle d'Evaluation Fonctionnelle des Comportements Revisée (EFC-R) **Escala de avaliação funcional dos comportamentos**

A utilização de escalas e testes apropriados para avaliar déficits particulares do desenvolvimento infantil contribui substancialmente para a conclusão de um diagnóstico, para se determinar a severidade de um quadro clínico e para se elaborar estratégias de intervenção apropriadas para cada caso. Especificamente falando sobre o diagnóstico clínico de autismo, regularmente, as principais classificações internacionais agrupam informações sobre os sinais do autismo em categorias e os ordenam de acordo com critérios médicos de diagnóstico; contudo, estudos clínicos e neurobiológicos indicam uma real necessidade de se investigar mais aprofundadamente funções neuropsicológicas e neurofisiológicas específicas e pertinentes ao quadro sindrômico de autismo (Adrien et al., 2001).

Em face de uma significativa escassez de instrumentos validados de avaliação neuropsicológica, a EFC-R foi desenvolvida com o intuito de contemplar uma variedade de disfunções centrais do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), avaliando objetivamente desordens do desenvolvimento psicológico e funcional de crianças com este diagnóstico. A EFC-R foi formulada baseando-se em inúmeros e diferentes estudos neuropsicológicos e neurofisiológicos que revelaram e confirmaram a existência de distúrbios específicos, característicos da síndrome do autismo, enumerando a presença de alterações nas funções de seleção e manutenção do foco atencional e atenção compartilhada, na regulação das emoções e comportamentos, na comunicação social, na percepção de estímulos visuais e auditivos e na motricidade, entre outros.

A elaboração deste instrumento deu-se em três fases. Inicialmente os autores uniram diversos itens de diferentes escalas de comportamento, questionários e testes de desenvolvimento, disponíveis para crianças com desenvolvimento normal e atípico, que contemplassem as funções referentes à atenção, percepção, associação, intenção, motricidade, imitação, emoção, contato, comunicação, regulação e cognição. Em um segundo momento, elegeram os itens que melhor correspondessem e avaliassem as onze funções acima descritas. Após diversas reuniões com profissionais e pesquisadores experientes e especialistas na área dos distúrbios invasivos do desenvolvimento, foram estabelecidos cinco itens principais que melhor representassem as características pertinentes aos onze domínios que compõe a escala (Adrien et al., 2001).

Originariamente desenvolvida na França por Catherine Barthélemy e seus colaboradores, em 1990, a escala EFC havia sido elaborada com treze funções, que incluíam a mais os domínios de tônus e instinto, com oito itens por domínio, totalizando 104 itens. Após a revisão em 2001, a escala EFC-R passou a ter 55 itens, divididos igualmente entre onze domínios. A saber: atenção, percepção, associação, intenção, motricidade, imitação, emoção, contato, comunicação, regulação e cognição (Adrien e col., 2001). Cada item é pontuado dentro de uma escala de 1 a 5, na qual um representa que o comportamento descrito no item nunca foi observado, dois, que o comportamento está presente, mas é raro ou pouco intenso, três, que o comportamento é suficientemente frequente e suficientemente intenso, quatro, que o comportamento é frequente e intenso e cinco, que o comportamento é muito frequente, quase permanente e muito intenso. Desta maneira, a escala permite colocar em evidência a presença e intensidade de perturbações importantes do desenvolvimento infantil, indicando que quanto mais alta a pontuação na escala, maior o comprometimento do quadro naquela determinada função. A escala oferece, como resultado, um perfil funcional gráfico que possibilita identificar com clareza as áreas do funcionamento psicológico e funcional que se encontram mais comprometidas.

Esta escala deve ser preferencialmente utilizada por psicólogos clínicos familiarizados com a aplicação de testes e escalas de desenvolvimento, com comprovada experiência nesta área, e que tenham igualmente recebido treinamento específico para aplicação e interpretação da escala EFC-R. A aplicação deste instrumento deve se dar em uma situação de caráter lúdico, semi-dirigida, em sala desprovida de estímulos distratores, apenas com os materiais previamente selecionados que darão a oportunidade ao psicólogo de expor a criança às situações que lhe permitam avaliar as onze funções intrínsecas à escala. Além do exame clínico de observação junto à criança, é essencial, para uma correta cotação e interpretação da escala, que se realize igualmente uma entrevista de anamnese junto aos pais ou cuidadores primários na qual serão levantados dados relativos ao desenvolvimento gestacional, inicial e atual da criança, porém focando-se primordialmente nos comportamentos atuais da criança, especialmente naqueles ligados a momentos da vida cotidiana não observados na sala de avaliação (relação com as pessoas conhecidas e desconhecidas, tentativas de comunicação no meio social natural, alterações sensoriais específicas, particularidades no comportamento, estabilidade dos estados emocionais, dados quanto ao sono alimentação, higiene pessoal, ...). Outrossim, informações coletadas com o médico, enfermeiro, professor ou demais pessoas ou

familiares próximos à criança podem contribuir complementarmente com a cotação e interpretação da escala.

Um primeiro estudo preliminar de validação da escala EFC-R para a população brasileira foi realizado no ano de 2011 por Camilla Mazetto e seus colaboradores, com uma população de cerca de 110 crianças com idades entre 23 e 147 meses de idade (1 ano e 11 meses a 12 anos e 3 meses). Para tanto foi realizado, antecipadamente, um trabalho de tradução e retro-tradução dos 55 itens da escala da língua francesa para a língua portuguesa. Os resultados evidenciaram a compatibilidade e adequação da escala para a população brasileira (Mazetto et al., 2011).

A avaliação realizada a partir da escala EFC-R procura colocar em evidência não somente as dificuldades e déficits funcionais observados no desenvolvimento da criança com autismo, mas também suas potencialidades e habilidades, oferecendo desta forma, informações precisas da sintomatologia funcional do quadro de autismo. Sabe-se que a complexidade da sintomatologia no autismo se dá em virtude de alterações significativas nas funções, variando principalmente no que se refere à importância, intensidade e evolução do quadro. Neste sentido, a escala EFC-R auxilia no delineamento pontual do desenvolvimento dos sujeitos, possibilitando uma melhor interpretação do quadro a fim de se elaborar um planejamento terapêutico individualizado e apropriado, baseado em suas necessidades e potencialidades específicas e de acordo com o perfil funcional de cada um.

3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Em reconhecimento ao papel determinante de fatores ambientais na criação e manutenção das limitações humanas, no ano de 2001, a Assembleia Mundial de Saúde publicou e disponibilizou ao mundo um novo instrumento de classificação denominado International Classification of Functioning (ICF), que objetivava fornecer aos setores médicos e relacionados à saúde, uma base científica unificada que possibilitasse compreender e estudar a saúde e seus estados relacionados, os resultados de intervenções e seus determinantes, e as alterações dos diagnósticos no nível da saúde e da funcionalidade dos indivíduos (Üstün, 2006). Em 2003 foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a versão da ICF para a língua portuguesa intitulada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (SNRIPD, 2005). Complementarmente, no ano de 2007 foi desenvolvida uma extensão desta classificação considerando aspectos específicos às condições de saúde de crianças e jovens (CIF-CJ) (Üstün, 2006).

A CIF é um instrumento da OMS que visa descrever e organizar as informações sobre a funcionalidade e a incapacidade da população em geral. Esta é tida como um sistema de classificação multiuso e de base conceitual única para diferentes países, disciplinas e setores relacionados com a saúde, ampliando a possibilidade de diálogo entre eles a partir de uma linguagem padronizada e comum, e oferecendo um modelo interativo entre pessoa e meio ambiente, introduzindo e classificando a influência de fatores ambientais na funcionalidade e na incapacidade dos indivíduos em todas as suas dimensões: deficiência do corpo ou parte do corpo, limitações de atividades da pessoa e restrição de participação na sociedade (Üstün, 2006).

A CIF é uma ferramenta científica internacional que anuncia uma nova conceituação das noções de saúde e incapacidade, oferecendo um modelo biopsicosocial de entendimento e interpretação das condições de saúde dos indivíduos que integra os modelos sociais e biológicos. Com esta Classificação são introduzidas mudanças radicais de paradigmas de entendimentos e de interpretações das condições de saúde indo de um modelo puramente médico – oferecido, entre outros, por outro instrumento da OMS: CID-10 que fornece uma estrutura de base etiológica para a classificação da saúde através do diagnóstico de doenças, perturbações e outras condições de saúde – para um modelo biopsicosocial de compreensão da funcionalidade e da incapacidade, sinalizando uma

necessidade de complementaridade da classificação de saúde. O diagnóstico puramente médico não consegue, de maneira isolada, prever a necessidade de serviços de apoio, o nível de cuidados a se dispensar, as consequências de natureza funcional do diagnóstico, entre outros. Fatores incapacitantes de um diagnóstico não estão limitados exclusivamente às condições de saúde, mas sim às questões interativas entre as características de um quadro clínico (diagnóstico) e as características do contexto global na qual a pessoa está inserida, desvelando desta forma aspectos da incapacidade de foro interno, do indivíduo ou de foro externo, do ambiente (SNRIPD, 2005).

O enfoque da CIF recai, sobretudo, na saúde e na funcionalidade dos indivíduos, ao invés de ater-se exclusivamente à incapacidade dos mesmos. Ela posiciona todas as condições de saúde em pé de igualdade ao redirecionar o enfoque da causa das condições de saúde para o impacto que a mesma implica na funcionalidade dos indivíduos, reconhecendo a incapacidade como uma experiência universal inerente ao homem que pode afetar, em maior ou menor grau, a funcionalidade e a participação dos indivíduos na sociedade. Isto posto, evidencia-se que a CIF também auxilia na definição da medida de funcionalidade da sociedade, independente de qual seja a ordem ou razão da deficiência, contribuindo significativamente para a avaliação e criação de recursos, intervenções e políticas sociais que estejam em concordância com a prevenção, habilitação, reabilitação e participação de pessoas com necessidades especiais em todos os âmbitos da sociedade (Araujo, 2011).

Quatro principais princípios regem a aplicação e orientação da CIF. São estes a universalidade, a paridade etiológica, a neutralidade e a influência ambiental. De acordo com o primeiro princípio, da universalidade, a CIF torna-se um instrumento aplicável a todas as pessoas, independentemente de condições de saúde e contextos físicos, sociais ou culturais (Üstün, 2006). Com isso, fatores pessoais como, por exemplo, sexo, idade, educação, profissão, antecedentes sociais, experiências anteriores e atuais, forma de lidar com problemas, padrão de comportamento e caráter não influenciam a classificação da funcionalidade e incapacidade do indivíduo avaliada pela CIF (SNRIPD, 2005).

O princípio de paridade etiológica evidencia a indistinção entre saúde e diferentes condições de saúde. Segundo este princípio, a incapacidade não é diferenciada pela etiologia do quadro, mantendo o foco da análise na funcionalidade da condição de saúde, colocando todas as condições de saúde em pé de igualdade, possibilitando a comparação

entre elas através de uma métrica comum. Suplementarmente à possibilidade comparativa entre diferentes condições de saúde, o terceiro princípio, da neutralidade, reitera o aspecto neutro da classificação pela CIF a partir da utilização de uma linguagem imparcial e justa que coloca em evidência aspectos positivos e negativos da funcionalidade e da incapacidade dos indivíduos.

O quarto e último princípio discorre sobre a influência de fatores ambientais e contextuais na funcionalidade e incapacidade humana. A CIF reconhece o papel determinante e impactante de fatores ambientais e contextuais na funcionalidade e incapacidade humana, reforçando a compreensão de que a interação entre o indivíduo e o meio que o cerca é fator essencial e determinante no entendimento científico de sua funcionalidade e incapacidade. Fatores ambientais, físicos e sociais como, por exemplo, clima, relevo, características arquitetônicas de edificações e terrenos, estruturas legais e sociais, e atitudes sociais impactam ampla e diretamente a funcionalidade e a incapacidade humana, agindo como fatores facilitadores e/ou barreiras para a plena participação dos indivíduos em todos os âmbitos da sociedade e sua absoluta autonomia (Üstün, 2006).

Seguindo os princípios supracitados, a CIF torna-se um instrumento de classificação da saúde que auxilia no delineamento das bases de identificação dos diferentes tipos e níveis de funcionalidade e incapacidade humana, servindo como bússola moral para a ampliação do conhecimento e entendimento acerca dos quadros clínicos e suas interações com o meio circundante, oferecendo assim uma base concreta de informações para elaboração e implementação de políticas sociais e intervenções que visem alcançar a participação irrestrita de todos os indivíduos em todos os níveis da sociedade, proporcionando, por resultado, sua independência funcional e emancipação (Üstün, 2006).

Para poder viabilizar tais princípios e objetivos, a CIF é composta por um rico esquema de codificação sistemática que diagrama conceitos multifuncionais sobre as funções do corpo e suas alterações, as atividades das pessoas e suas limitações, a participação e envolvimento das pessoas em todas as áreas e as restrições de participação, e os fatores ambientais como aspectos facilitadores ou barreiras para a funcionalidade humana. A CIF dispõe de componentes estruturais dentro dos quais estão pormenorizados os capítulos referentes às funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e

fatores ambientais. Em toda e qualquer codificação pela CIF, as letras iniciais da classificação por código correspondem ao componente ao qual o diagnóstico se refere. Desta forma, os códigos que iniciam com a letra b (Body Functions) se referem ao componente de Funções do Corpo, com a letra s (Body Structure), ao componente de Estruturas do Corpo, com a letra d (Domain), ao componente de Atividades e Participação, e com a letra e (environment), ao componente de Fatores Ambientais.

O primeiro componente, Funções do Corpo, abarca oito capítulos; a saber:

- Capítulo 1, Funções Mentais;
- Capítulo 2, Funções Sensoriais e Dor;
- Capítulo 3, Funções da Voz e da Fala;
- Capítulo 4, Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório;
- Capítulo 5, Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólicos e Endócrino;
- Capítulo 6, Funções Genito-Urinárias e Reprodutivas;
- Capítulo 7, Funções Neuromusculoesqueléticas e Funções Relacionadas com o Movimento, e
- Capítulo 8, Funções da Pele e Estruturas Relacionadas.

O segundo componente refere-se às Estruturas do Corpo e também contém oito capítulos; a saber:

- Capítulo 1, Estruturas do Sistema Nervoso;
- Capítulo 2, Olho, Ouvido e Estruturas Relacionadas;
- Capítulo 3, Estruturas Relacionadas com a Voz e a Fala;
- Capítulo 4, Estruturas do Aparelho Cardiovascular, do Sistema Imunológico e do Aparelho Respiratório;
- Capítulo 5, Estruturas Relacionadas com o Aparelho Digestivo e com os Sistemas Metabólicos e Endócrino;
- Capítulo 6, Estruturas Relacionadas com o Aparelho Geniturinário e Reprodutivo;
- Capítulo 7, Estruturas Relacionadas com o Movimento, e
- Capítulo 8, Pele e Estruturas Relacionadas.

O terceiro componente, Atividades e Participação, é composto por um total de nove capítulos; a saber:

- Capítulo 1, Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos;
- Capítulo 2, Tarefas e Exigências;
- Capítulo 3, Comunicação;
- Capítulo 4, Mobilidade;
- Capítulo 5, Autocuidados;

- Capítulo 6, Vida Doméstica;
- Capítulo 7, Interações e Relacionamentos Interpessoais;
- Capítulo 8, Áreas principais da vida, e
- Capítulo 9, Vida comunitária, social e cívica.

O quarto e último componente refere-se aos Fatores Ambientais e abrange cinco capítulos; são estes:

- Capítulo 1, Produtos e Tecnologia;
- Capítulo 2, Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem;
- Capítulo 3, Apoio e Relacionamentos;
- Capítulo 4, Atitudes, e
- Capítulo 5, Serviços, Sistemas e Políticas.

Na codificação da funcionalidade e da incapacidade humana, a primeira letra identifica o componente em questão (b, s, d ou e) e o primeiro número do código representa o respectivo número do capítulo que categoriza o quadro. Cada capítulo é ainda subdividido em diferentes domínios que pormenorizam e detalham as temáticas abordadas como, por exemplo, dentro do primeiro componente de Funções do Corpo, no capítulo 1, Funções Mentais, existem os domínios de Funções da Consciência, Funções da Orientação, Funções Intelectuais, Funções Psicossociais, Funções Globais, Funções Interpessoais, Funções do Temperamento e da Personalidade e Funções do Sono, entre outras.

Tais domínios agregam mais novos dois números à codificação, identificando especificadamente o conteúdo a que se relaciona dentro da temática do capítulo analisado, como, por exemplo, o domínio Funções Intelectuais é codificado com b117 (b = Funções do Corpo, 1 = Capítulo 1, Funções Mentais e 17 = Funções Intelectuais). Ainda dentro de alguns domínios existem subcategorizações que particularizam com maior precisão aspectos específicos e pertinentes a cada domínio e ainda podem ser mais pormenorizados, como, por exemplo no domínio Funções da Orientação. Este domínio está classificado como b114, o que representa que está inserido no componente Funções do Corpo (b), dentro do capítulo 1, Funções Mentais (1) e enumerado com 14 para especificar as Funções da Orientação. Dentro destas funções existem ainda especificações como orientações relativas ao tempo, espaço, a si ou a outrem. Desta forma, este domínio fica classificado conforme apresentado abaixo:

❖ b114 Funções da Orientação

- b1140 Orientação em relação ao Tempo
- b1141 Orientação em relação ao Espaço
- b1142 Orientação em relação à pessoa
 - b11420 Orientação em relação a si próprio
 - b11421 Orientação em relação aos outros
 - b11428 Orientação em relação à pessoa, outra específica
 - b11429 Orientação em relação à pessoa, não específica
- b1148 Funções da Orientação, outras específicas
- b1149 Funções da orientação, não específicas

Depois de realizada a identificação e codificação dos componentes, capítulos e domínios faz-se necessário a atribuição de uma interpretação do status da condição de saúde classificada através de elementos qualificadores com o objetivo de se apontar a presença, ou não, de deficiências, facilitadores ou barreiras. Os qualificadores indicam a presença e a gravidade de problemas na funcionalidade do indivíduo, a nível pessoal, corpóreo ou social e são inseridos na codificação após a marcação por um ponto final.

Para os componentes de Funções (b) e Estruturas do Corpo (s), os qualificadores revelam, a partir de uma escala de seis pontos na qual 0 representa nenhuma deficiência, 1, deficiência ligeira, 2, deficiência moderada, 3, deficiência grave, 4, deficiência completa, 8, não especificada e 9, não aplicável, a presença e o grau de uma deficiência na função ou estrutura do corpo de um indivíduo. Podem ainda existir, como é o caso do componente Estrutura do Corpo (s), segundos e terceiros qualificadores que pormenorizam a natureza e localização da mudança na estrutura corporal.

Para o componente de Atividade e Participação, os qualificadores codificam, igualmente através de uma escala de seis pontos na qual 0 representa nenhuma dificuldade, 1, dificuldade ligeira, 2, dificuldade moderada, 3, dificuldade grave, 4, dificuldade completa, 8, não especificada e 9, não aplicável, informações fundamentais sobre a incapacidade e a saúde dos indivíduos. É feito neste componente uma clara distinção entre a condição para e a ausência de aptidão para a realização de tarefas, indicando as peculiaridades individuais de capacidade e desempenho. Comumente as pessoas podem experimentar maior ou menor grau de funcionalidade, incapacidade e autonomia se houver compensação de uma dada condição de saúde com fatores contextuais que facilitem, ou não, a vivência de sua deficiência.

Os qualificadores de capacidade revelam as aptidões do indivíduo para a execução de tarefas, não levando em consideração recursos de suporte como tecnologias

adaptativas e auxílios pessoais enquanto os qualificadores de desempenho avaliam o que a pessoa faz e produz em seu meio ambiente habitual, contabilizando quaisquer recursos ou apoios que o auxiliem a cumprir suas tarefas e objetivos. Desta forma, se uma pessoa apresenta maior capacidade do que desempenho, provavelmente o meio que a cerca não favorece a execução de suas tarefas, sendo o inverso proporcionalmente verdadeiro, evidenciando uma maior contribuição do meio para auxiliar um indivíduo com menor capacidade a apresentar um melhor desempenho (SNRIPD, 2005).

De uma maneira geral os qualificadores transformam as classificações em códigos utilizados para registrar um domínio ou categoria, ou ainda fatores ambientais facilitadores ou geradores de barreiras. A partir dos códigos completos oferecidos pela CIF, combinando as classificações dos componentes, capítulos, domínios, categorias e qualificadores é possível identificar a extensão dos problemas de funcionalidade e incapacidade individuais no que se referem às deficiências, mudanças estruturais, limitações de atividade e restrições de participação social.

Tudo isto posto, a contribuição deste instrumento de classificação para a investigação, identificação, interpretação e organização torna-se inegável e inquestionável. A CIF pode, desta forma, contribuir com a elaboração de legislações e políticas sociais que visem verdadeiramente atender as necessidades individuais e incluir todos os cidadãos em todos os âmbitos da sociedade; com a elaboração e implementação de programas de habilitação e reabilitação funcional; com o apoio a reformas sociais na educação, no mundo do trabalho e no bem estar social; com a avaliação e monitoramento de intervenções e tratamentos, e com a mensuração dos efeitos do meio físico, social e político em nossas vidas.

APRESENTAÇÃO CASO D.

1. Estudo de caso

D. tem, neste momento, treze anos recém completos. Durante esses treze anos, enfrentou algumas dificuldades para ser compreendido e aceito em virtude de particularidades em seu comportamento, restrição de interesses e dificuldade e desinteresse pelo trato social. D. foi inicialmente, aos quatro anos, diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e realizou trabalhos de acompanhamento psicológico e fonoaudiológico a fim de potencializar seu desenvolvimento. Foi, aos sete anos, encaminhado à clínica coparticipe da pesquisa para desenvolver um trabalho psicopedagógico de reforço escolar para atender uma hiperlexia⁴ latente.

Esta clínica, localizada na região metropolitana de São Paulo, oferece, em suas instalações, serviços de avaliação e intervenção multidisciplinar nas áreas de psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, psicomotricidade e neuropsicologia. Além destes serviços ainda são oferecidos, desde o ano 2000, trabalhos *in loco* (em instituições educacionais parceiras e residências particulares) de tutoria clínico-escolar visando à inclusão escolar de alunos com dificuldades e/ou distúrbios de aprendizagem e comportamento, concomitantemente estendendo sua atuação para a orientação de pais e instituições educacionais.

Ao iniciar o trabalho nesta clínica, observou-se que as questões desenvolvimentais de D. iam além de um TDAH; com isso, D. foi submetido a uma bateria de exames clínicos em diferentes áreas clínicas e recebeu encaminhamento para uma análise médica com um neuropediatra. Aos oito anos, D. recebeu o diagnóstico de Autismo Infantil (CID-10: F84.0) e iniciou tratamento especializado para este quadro, inclusive passando a ingerir medicamentos psicotrópicos.

⁴ Hiperlexia é uma condição de desenvolvimento relacionada ao autismo.

A partir dos parâmetros dados pela Associação Americana de Hiperlexia, uma criança pode ser diagnosticada como hiperlética se possui as seguintes características: uma precoce habilidade para ler, mais do que poderia ser esperada para sua idade; o desenvolvimento de uma intensa fascinação por letras e números; uma significativa dificuldade para compreender a linguagem falada; dificuldades em suas habilidades sociais (Lourenço, 2012).

D. teve dificuldade de adaptação e permanência nos ambientes escolares que frequentava, recebendo o convite para se retirar de algumas instituições escolares que realmente não estavam preparadas para acolhe-lo. Foi então encaminhado, em 2011 para a instituição educacional coparticipe da pesquisa, na qual permanece até hoje, neste momento, regularmente matriculado no sétimo ano do ensino fundamental, apresentando desempenho escolar satisfatório.

O princípio básico da instituição educacional coparticipe da pesquisa é formar cidadãos, agentes de transformação social. Para tanto buscam desenvolver o senso crítico, a cidadania, o respeito humano, a criatividade e a valorização a vida dentre seus alunos. Tendo em vista a missão de *“Ser excelência no ensino da leitura, interpretação e expressão das diversas áreas do conhecimento”*, anualmente são desenvolvidos projetos com temas geradores de reflexão que regem ações pedagógicas em todas as esferas da instituição de ensino. No projeto do ano de 2013 foram abordadas questões importantes para a sensibilização de alunos, pais, profissionais da escola e sociedade em geral em relação à temática da Inclusão Social e Educacional de pessoas com necessidades educacionais especiais. Durante este projeto foram realizadas ações de sensibilização com apresentação de trabalhos de inclusão social através da arte, bem como palestras e formações visando à capacitação e instrumentalização dos profissionais da Escola para a acolhida e correta intervenção junto a alunos com necessidades educacionais especiais. Em 2014 foi dada continuidade aos projetos anteriores, dando-se, neste ano, maior ênfase ao protagonismo juvenil com um projeto que visava oferecer assistência à uma casa de apoio à terceira idade com atuação e projetos desenvolvidos pelos próprios alunos da Escola.

Esta escola acolhe, e já acolheu, diversos casos de inclusão escolar de alunos com diferentes diagnósticos, recorrendo, conforme necessidade, à formações e capacitações, e intervenções clínicas de suporte à ação inclusiva. Esta instituição de ensino tem estabelecida, de longa data – cerca de oito anos – uma parceria coesa com a clínica coparticipe da pesquisa e acolhe, em suas instalações, o desenvolvimento do trabalho de tutoria clínico-escolar com alunos com necessidades educacionais especiais. A parceria tem, historicamente, se mostrado muito frutífera e produtiva, segundo avaliação da própria escola, e os casos com acompanhamento de um tutor têm evidenciado a benesse e eficácia da estratégia da tutoria clínico-escolar, tanto para a criança, para a família e também para a escola.

Visando efetivar a inclusão escolar de D. na escola, foi sugerido, pela clínica e pela a escola, a realização de um trabalho de acompanhamento integral de D. com a estratégia tutoria clínico-escolar. D. está agora há cerca de três anos com este trabalho, concomitante com trabalhos clínicos de psicopedagogia na clínica coparticipe da pesquisa, além de aulas particulares de instrumentos musicais.

D. tem mostrado uma boa evolução desenvolvimental mediante os tratamentos e seus pais relatam estar bastante satisfeitos com os resultados dos trabalhos e certamente o recomendariam para outras pessoas. Contudo, ressaltam que o custeio de todos os trabalhos realizados com D. é um fator que dificulta o processo. Eles têm que custear, separadamente, a matrícula de D. na escola regular, os custos do honorário do tutor clínico-escolar, as supervisões do trabalho de tutoria e os demais trabalhos clínicos, além dos custos de medicamentos e demais questões que propiciam condições para a realização deste trabalho.

D. tem um bom prognóstico para a evolução escolar e progressão para os anos escolares subsequentes graças aos seus próprios méritos; contudo, não há previsão de interrupção ou descontinuidade do trabalho de tutoria clínico-escolar, dos trabalhos clínicos terapêuticos, dos acompanhamentos médicos e intervenções medicamentosas.

2. Apresentação de dados e Análise dos resultados

A apresentação de dados e análise de resultados do presente estudo será realizada de maneira associada, observando-se os dados e interpretando-os concomitantemente; todavia, será considerado individualmente, cada resposta obtida, de cada informante, com cada instrumento, para posteriormente os apreciarmos comparativamente. Serão ressaltados os resultados individuais com suas respectivas análises, e as similaridades ou discrepâncias de respostas entre informantes ao instrumento VABS. Subsequentemente, serão esmiuçados os resultados obtidos com o instrumento EFC-R, aliado à análise concernente. Ulteriormente, será realizada uma aproximação de interpretação de resultados, utilizando para tanto, a linguagem unificada do instrumento CIF.

Faz-se necessário ressaltar que, no presente trabalho, não foram realizados estudos estatísticos de significância. Assim sendo, os termos utilizados na apresentação e análise de resultados como, por exemplo, significativamente e correlação devem ser lidos de maneira coloquial.

2.1 Escala de comportamento adaptativo Vineland

Iniciando-se a apresentação de dados e análise de resultados com as informações colhidas a partir do instrumento VABS, faz-se necessário trazer à luz aspectos nos quais se assentam as interpretações do mesmo. Durante o período de coleta de dados, houve sequenciadas mudanças de tabelas de quantificação do escore bruto (Raw Score) em escore padrão (Standard Score) em virtude no natural amadurecimento do sujeito de pesquisa. Este, iniciou a pesquisa com 12 anos e 2 meses e, no período da última coleta, estava com 13 anos e 4 meses. Desta forma, a quantificação dos resultados ocorreu em cinco diferentes tabelas, que alteavam progressivamente os requisitos para cada momento do desenvolvimento; a saber:

Table B.1. Domain Standard Score (VABS)

- Ages 12-0-0 – 12-3-30 (primeira coleta)
- Ages 12-4-0 – 12-7-30 (segunda coleta)
- Ages 12-8-0 – 12-11-30 (terceira coleta)
- Ages 13-0-0 – 12-3-30 (quarta e quinta coletas)

- Ages 13-4-0 – 12-7-30 (sexta coleta)

Outrossim, um importante aspecto a ser considerado na análise e interpretação dos dados da pesquisa é que, assim como ocorreu com o desenvolvimento maturacional natural do indivíduo que ocasionou a mudança nas tabelas da VABS, houve também a progressão de ano escolar do sexto para o sétimo ano do ensino fundamental. Alteração de medicação também ocorreu durante o período de coleta de dados, buscando-se ajustar o suporte farmacológico aos desafios impostos pelo novo momento de vida e desenvolvimento de D.

Ademais, outro aspecto a ser destacado é o viés através do qual cada informante respondeu ao instrumento. Os pais do sujeito de pesquisa, naturalmente tiveram mais tempo, longitudinalmente, de convivência com o mesmo, mas não por isso têm maior clareza acerca das potencialidades e dificuldades do filho, ou até mesmo um olhar positivo para o seu desenvolvimento e conquistas. O professor, por sua vez, pertence exclusivamente ao universo escolar, no qual nem todas as habilidades adaptativas indagadas no instrumento podem ser observadas. Finalmente, o tutor, informante com olhar clínico e crítico, tem uma proximidade tal com o sujeito que o permite quantificar e qualificar melhor suas capacidades e necessidades. Desta maneira, diferenças nas respostas ao instrumento já são prenunciadas, haja visto a diversidade de ponto de vista de cada informante.

2.1.1 Vineland Pais

Em coleta de dados com os pais do sujeito de pesquisa, foram obtidos os resultados conforme apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1. Coleta de dados com os Pais

Período de Coleta de Dados		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Domínio Comunicacional	Raw Score	97	111	107	105	104	105
	Standard Score	50	67	60	58	51	52
	Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit
Domínio de Atividades de Vida Cotidiana	Raw Score	97	102	105	109	104	110
	Standard Score	34	36	43	44	36	44
	Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit
Domínio de Socialização	Raw Score	72	76	79	80	73	79
	Standard Score	52	53	54	54	50	52
	Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit
Total Standards	Raw Score	136	156	157	156	137	146
	Standard Score	42	48	48	48	42	45
	Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit

Observa-se nos dados apresentados acima que, segundo os pais do sujeito de pesquisa, D. apresentou, no Domínio Comunicacional, uma diferença expressiva de habilidades adaptativas entre a primeira e a segunda coleta de dados, evidenciando um intervalo de 17 (dezesete) pontos, para mais; resultando por conseguinte, na mudança de nível adaptativo inicial de Low - Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado) para Low

– Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve) no momento subsequente. Após esta diferença significativa de resultado e a consequente mudança de nível, D. manteve nível adaptativo estável neste domínio, permanecendo durante todas as demais coletas de dados no nível Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve); contudo, pode-se identificar uma diferença expressiva, de doze (12) pontos para menos, entre os resultados obtidos na terceira e na sexta coleta de dados. A diferença amplia-se para dezenove (19) pontos se considerarmos o intervalo entre a segunda e a sexta coleta.

No que tange o Domínio de Atividades de Vida Cotidiana, a avaliação dos pais evidenciou mudanças não significativas, mas progressivas, nos primeiros quatro momentos da coleta de dados da pesquisa, revelando uma diferença significativa apenas entre a quinta e sexta coleta, de 8 pontos para mais, e entre o primeiro e último momento da pesquisa, ampliando para 10 pontos entre o momento inicial e final da pesquisa; contudo, não houve, neste domínio, nenhuma mudança de nível adaptativo durante todos os períodos de coleta de dados, permanecendo, do início ao fim, no nível Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado).

Acerca do Domínio de Socialização, segundo interpretação dos pais, D. apresentou estabilidade no nível adaptativo deste quesito, não apresentando diferenças significativas entre resultados iniciais e finais de cada semestre e da pesquisa como um todo, mantendo-se inalteradamente no nível Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve).

Compilando-se os resultados dos três domínios (Comunicacional, Atividades de Vida Cotidiana e Socialização) é obtido o valor do escore padrão (Standard Score), que é subsequentemente revertido em um escore padrão total (Standard Score), que, por sua vez, oferece uma interpretação final acerca do nível adaptativo geral do sujeito. No caso de D., pôde-se observar uma diferença considerável entre o primeiro e segundo momento de coleta de dados da pesquisa, ampliando-se em seis (6) pontos o escore padrão total. Ademais, D. manteve nível adaptativo estável, permanecendo no nível Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado) em todos os momentos da pesquisa, apesar da diferença significativa observada nos momentos iniciais.

2.1.2 Vineland Professor

Na coleta de dados com o professor, foram obtidos os resultados conforme apresentados na tabela abaixo.

Tabela 2. Coleta de dados com o Professor

Período de Coleta de Dados		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
Domínio Comunicacional	Raw Score	87	109	113	113	113	117
	Standard Score	43	64	70	65	65	72
	Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Moderately Low
Domínio de Atividades de Vida Cotidiana	Raw Score	48	89	79	101	82	78
	Standard Score	19	20	19	33	19	19
	Nível Adaptativo	Low Profound Deficit	Low Severe Deficit	Low Profound Deficit	Low Severe Deficit	Low Profound Deficit	Low Profound Deficit
Domínio de Socialização	Raw Score	48	74	72	69	69	65
	Standard Score	38	52	50	48	48	45
	Nível Adaptativo	Low Severe Deficit	Low Mild Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit
Total Standards	Raw Score	100	136	139	146	132	136
	Standard Score	31	42	43	45	41	42
	Nível Adaptativo	Low Severe Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit

Observando-se os resultados obtidos a partir das informações coletadas junto ao professor, nota-se, no que se refere ao Domínio Comunicacional, uma diferença expressiva entre o primeiro e o segundo momentos da pesquisa, ampliando-se em vinte e um (21) pontos os valores do escore padrão (Standard Score) e alterando o nível adaptativo de Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado) para Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve). A diferença se alarga ao considerarmos o período todo da

pesquisa. D. obteve um aumento de vinte e novo (29) pontos no valor do escore padrão (Standard Score), elevando igualmente seu nível adaptativo neste domínio de Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado) para Moderately Low (Moderadamente Baixo). Contudo, houve uma queda de 5 pontos, não expressiva e que não implicou em mudança de nível, entre a terceira e a quarta coleta de dados.

Acerca do Domínio de Atividades de Vida Cotidiana (AVC), como anteriormente citado, a percepção do professor fica limitada ao contexto escolar, onde não se pode observar muitos dos quesitos indagados neste domínio. Desta forma, muitas respostas deste informante foram Não Sei (DK – Don't know) e por conseguinte, a pontuação neste domínio foi expressivamente baixa.

Segundo a avaliação do professor, D. iniciou a pesquisa no nível adaptativo mais baixo, Low – Profound Deficit (Baixo – Déficit Profundo) no Domínio AVC. Elevou-se momentaneamente para nível Low – Severe Deficit (Baixo – Déficit Severo) na coleta seguinte – apesar da pouca diferença no valor do escore padrão (Standard Score); retomando para Low – Profound Deficit no terceiro momento da coleta de dados. Recobrou novamente o nível Low – Severe Deficit (Baixo – Déficit Severo) no quarto momento da pesquisa, coincidente com o final do primeiro semestre letivo do sétimo ano, recaindo nos dois momentos subsequentes para o nível adaptativo Low – Profound Deficit.

No Domínio da Socialização, apesar de por vezes o professor recorrer à resposta DK (Não Sei), sua percepção acerca do nível adaptativo de D. neste quesito resultou em números mais expressivos nos escores padrão (Standard Scores). Observa-se que este informante identificou uma mudança positiva no nível adaptativo de D. no que se refere à socialização, atribuindo inicialmente nível Low – Severe Deficit no primeiro momento da pesquisa, elevando-o, com quatorze (14) pontos a mais nos valores do escore padrão (Standard Score), para Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado) nos momentos subsequentes, mantendo-o estável neste nível. Apesar de quedas inexpressivas entre o terceiro e o quarto, e o quinto e o sexto momentos, houve um aumento significativo, de sete (7) pontos entre a primeira e a última coleta de dados da pesquisa.

O mesmo pôde-se observar em relação aos dados totais. Segundo a avaliação do professor, compilando-se os três domínios (Comunicacional, Atividades de Vida Cotidiana e Socialização), D. apresentou uma ascensão do nível adaptativo, inicialmente

Low – Severe Deficit (Baixo – Déficit Severo) para Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado), mantendo-se estável neste nível nos cinco momentos subsequentes. Analisando-se os resultados totais obtidos na primeira e na última coleta de dados constata-se que houve uma diferença expressiva de onze (11) pontos para mais nos valores dos escores padrão (Standard Scores) entre estes dois momentos.

2.1.3 Vineland Tutor

Em coleta de dados com o tutor, foram obtidos os resultados conforme apresentados na tabela abaixo.

Tabela 3. Coleta de dados com o Tutor

Período de Coleta de Dados		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
Domínio Comunicacional	Raw Score	116	111	116	108	113	121
	Standard Score	75	67	75	57	65	80
	Nível Adaptativo	Moderately Low	Low Moderate Deficit	Moderately Low	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Moderately Low
Domínio de Atividades de Vida Cotidiana	Raw Score	138	141	137	128	134	136
	Standard Score	78	81	72	61	66	65
	Nível Adaptativo	Moderately Low	Moderately Low	Moderately Low	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit
Domínio de Socialização	Raw Score	90	91	90	82	87	88
	Standard Score	67	62	64	54	59	59
	Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit
Total Standards	Raw Score	220	210	211	172	190	204
	Standard Score	68	64	66	53	58	63
	Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit

Segundo a avaliação do tutor, no que se refere ao Domínio Comunicacional, D. apresentou estabilidade no nível adaptativo Moderately Low (Moderadamente Baixo) no momento inicial e final da pesquisa, revelando aumento de cinco (5) pontos nos escores padrão (Standard Score); contudo, entre o primeiro e o segundo, e entre o terceiro e o quarto momentos, os níveis adaptativos de D. passaram de Moderately Low

(Moderadamente Baixo) para Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve), mantendo-se neste último nível também no quinto momento da pesquisa.

No Domínio de Atividade de Vida Cotidiana (AVC) os resultados coletados com o tutor revelam uma mudança significativa, negativa, de treze (13) pontos de escore padrão (Standard Score) no nível adaptativo de D., passando inicialmente de Moderately Low (Moderadamente Baixo) para Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve) ao final do período de coleta de dados. Segundo esta avaliação, D. manteve o nível adaptativo Moderately Low (Moderadamente Baixo) nos primeiros três momentos da pesquisa, concomitantes com o segundo semestre letivo do sexto ano e início do primeiro semestre do sétimo ano escolar, e nível adaptativo Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve) nos três últimos momentos, coincidente com o final do primeiro semestre e o início e final do segundo semestre letivo do sétimo ano. Observa-se uma diferença significativa entre os escores padrão do terceiro e quarto momentos da pesquisa, de onze pontos para menos, resultando, por conseguinte, na mudança de nível supracitada.

Acerca do Domínio da Socialização, o tutor avalia o nível adaptativo de D. como estável durante todo o curso da pesquisa, permanecendo da primeira à última coleta no nível Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve). Houve duas diminuições significativas nos escores padrão (Standard Score) entre o primeiro e o segundo momento, e o terceiro e quarto. No primeiro intervalo a mudança foi de cinco (5) pontos para menos, enquanto no segundo, a diferença foi de dez (10) pontos para menos. Em súmula, o nível adaptativo manteve-se inalterado, apesar da diferença significativa de oito (8) pontos para menos no escore padrão (Standard Score) inicial e final.

O mesmo pôde ser observado analisando-se os resultados totais atribuídos pelo tutor. No que tange à compilação dos três domínios (Comunicacional, Atividades de Vida Cotidiana e Socialização), nota-se que segundo a avaliação do tutor, D. apresentou queda expressiva nos valores dos escores padrão (Standard Score) entre o terceiro e o quarto momentos da pesquisa, coincidentes com o início e final do primeiro semestre do sétimo ano, de treze (13) pontos; contudo, revelou aumento de cinco (5) pontos, do quinto para o sexto período de coleta de dados. Não obstante, o nível adaptativo de D. em análise geral, segundo a avaliação do tutor, manteve-se em Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve) durante todo o período de coleta de dados.

2.1.4 Vineland Comparativa

Em análise comparativa dos dados obtidos com cada informante, em cada momento da pesquisa, foram obtidos os resultados apresentados nas tabelas subsequentes.

Tabela 4.1 Análise comparativa intra-informantes Domínio Comunicacional

Período de Coleta de Dados			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
	Informante	Escore						
Domínio Comunicacional	Pais	Raw Score	97	111	107	105	104	105
		Standard Score	50	67	60	58	51	52
		Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit
	Professor	Raw Score	87	109	113	113	113	117
		Standard Score	43	64	70	65	65	72
		Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Moderately Low
	Tutor	Raw Score	116	111	116	108	113	121
		Standard Score	75	67	75	57	65	80
		Nível Adaptativo	Moderately Low	Low Moderate Deficit	Moderately Low	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Moderately Low

Tabela 4.2 Análise comparativa intra-informantes Domínio Atividades de Vida Cotidiana

Período de Coleta de Dados			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
	Informante	Escores						
Domínio Atividades de Vida Cotidiana	Pais	Raw Score	97	102	105	109	104	110
		Standard Score	34	36	43	44	36	44
		Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit
	Professor	Raw Score	48	89	79	101	82	78
		Standard Score	19	20	19	33	19	19
		Nível Adaptativo	Low Profound Deficit	Low Severe Deficit	Low Profound Deficit	Low Severe Deficit	Low Profound Deficit	Low Profound Deficit
	Tutor	Raw Score	138	141	137	128	134	136
		Standard Score	78	81	72	61	66	65
		Nível Adaptativo	Moderately Low	Moderately Low	Moderately Low	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit

Tabela 4.3 Análise comparativa intra-informantes Domínio da Socialização

Período de Coleta de Dados			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
	Informante	Escores						
Domínio Socialização	Pais	Raw Score	72	76	79	80	73	79
		Standard Score	52	53	54	54	50	52
		Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit
	Professor	Raw Score	48	74	72	69	69	65
		Standard Score	38	52	50	48	48	45
		Nível Adaptativo	Low Severe Deficit	Low Mild Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit
	Tutor	Raw Score	90	91	90	82	87	88
		Standard Score	67	62	64	54	59	59
		Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit

Tabela 4.4 Análise comparativa intra-informantes Total Standard Scores

Período de Coleta de Dados			1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
	Informante	Escore						
Total Standard Scores (três domínios)	Pais	Raw Score	136	156	157	156	137	146
		Standard Score	42	48	48	48	42	45
		Nível Adaptativo	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit
	Professor	Raw Score	100	136	139	146	132	136
		Standard Score	31	42	43	45	41	42
		Nível Adaptativo	Low Severe Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit	Low Moderate Deficit
	Tutor	Raw Score	220	210	211	172	190	204
		Standard Score	68	64	66	53	58	63
		Nível Adaptativo	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit	Low Mild Deficit

Ao analisarmos os dados acima apresentados, à primeira vista já é possível observar que, via de regra, a avaliação do tutor tende a ser a mais favorável ao sujeito dentre os informantes. Pode-se inferir que tal fato está diretamente relacionado com o olhar clínico e crítico do profissional tutor e com seu grau de conhecimento e consciência acerca das potencialidades e dificuldades apresentadas pelo sujeito da pesquisa.

Observa-se ainda que, contingentemente, a avaliação dos pais veio imbuída de desabonos acerca das habilidades adaptativas de seu filho. Infere-se que os pais, por terem ciência do grau de comprometimento de D. dentro do quadro do Transtorno do Espectro do Autismo, e por conviverem intensamente em variados ambientes, e, por conseguinte, serem expostos, junto a ele, à diferentes situações e desafios, por vezes intransponíveis, tendem a ter uma avaliação mais minimizadora do desenvolvimento do seu filho. A partir da análise dos dados brutos colhidos junto aos pais do sujeito de pesquisa, observa-se que o percentil de respostas zero (0) apresentados por estes informantes variou em grau de

frequência e intensidade. No domínio Comunicacional, os pais atribuíram zero (0) à 17,9% das respostas no momento inicial da pesquisa, passando para 11,9%, 5,9%, 10,4%, 14,9% e findando com 13,4% das respostas a este quesito. Números ainda mais expressivos podem ser observados nos demais domínios. No domínio de Atividades de Vida Cotidiana, as respostas zero (0) representaram, no momento inicial, mais de 40% das respostas aos itens deste quesito, denotando trinta e sete (37) respostas zero (0) dentre os noventa e dois (92) itens pontuáveis. Este significativo percentil foi levemente atenuado para 38% no segundo momento da pesquisa, variando subsequentemente de 23% a 29% entre a terceira e a quinta coleta de dados, findando-a com 32,6% de respostas zero (0) no último momento da pesquisa. Em relação ao domínio de Socialização, os percentis de respostas zero (0) são igualmente elevados, iniciando-se com 25,7%, elevando-se para 34,8% no segundo momento, reduzindo-se à 25,7% e 21,2% nos momentos sucessivos; voltando a se elevar para cerca de 30% no quinto momento da pesquisa, e finalizando com 36,36% de respostas zero (0) aos itens deste domínio, representando vinte e quatro (24) das respostas aos sessenta e seis (66) itens deste quesito. Dados como esse evidenciam, de uma maneira generalizada, uma avaliação depreciativa do nível adaptativo de D. segundo o julgamento dos pais.

O professor, por sua vez, por ter informações limitadas acerca da desenvoltura comunicacional, das atividades de vida cotidiana e de socialização do sujeito de pesquisa, tendeu a apresentar uma análise igualmente limitada do nível adaptativo de D. nos diferentes domínios. Um elemento expressivo deste enquadramento pode ser observado ao analisarmos os dados brutos da pesquisa, a partir da perspectiva deste informante. No domínio de Atividades de Vida Cotidiana, este avaliador apresentou, no primeiro momento de coleta de dados, um índice expressivo de 58,6% de respostas Não Sei (54 DK dentre 92 itens deste domínio); na segunda coleta, o índice baixou para 16,9%, mas voltou a subir na terceira coleta, neste novo momento, com 33,6% das respostas dadas tendo sido DK. Nos momentos subsequentes, ou seja, na quarta, quinta e sexta coletas de dados, os índices de respostas Não Sei (DK) variaram entre 21,7% e 23,9%. A partir de percentis eloquentes como estes, nota-se que o refinamento e relevância holística dos dados colhidos com este informante revelaram vieses cerceados e inclinados a uma análise parcial e restrita do real nível adaptativo dos comportamentos do sujeito da pesquisa.

Pormenorizando a análise comparativa entre os resultados obtidos com todos os avaliadores da escala VABS, observamos que, no domínio Comunicacional, o tutor tendeu a apresentar a melhor avaliação do nível adaptativo do sujeito de pesquisa, em todos os momentos da mesma. Na segunda, quarta e quinta coletas de dados, os informantes revelaram pareceres similares em relação ao nível adaptativo do sujeito, mensurando-o nestes três momentos como Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve).

Acerca do domínio de Atividades de Vida Cotidiana, o tutor foi novamente o avaliador a atribuir a melhor pontuação dentre os informantes, apresentando frequentemente avaliações que posicionavam o nível adaptativo do sujeito neste domínio entre Moderately Low (Moderadamente Baixo) e Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve). Neste quesito, em virtude da falta de informação e conhecimento das habilidades de vida cotidiana do sujeito, o professor revelou a pior avaliação de nível adaptativo, repousando suas avaliações nos níveis adaptativos de Low – Profound Deficit (Baixo – Déficit Profundo) e Low – Severe Deficit (Baixo – Déficit Severo).

No que tange o domínio de Socialização, pais e tutor revelaram convergência de análises em relação ao nível adaptativo do sujeito de pesquisa neste quesito, atribuindo-lhe, por vezes, níveis Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado) e Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve) no decorrer do período de coleta de dados. O professor, novamente, apresentou a avaliação menos favorável do nível adaptativo do sujeito, neste momento no que se refere às habilidades de socialização. Contudo, pôde-se observar vultosa evolução em sua avaliação, estabilizando o nível adaptativo do sujeito, nos quatro últimos momentos da pesquisa, em Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado), tendo iniciado sua análise com o nível Low – Severe Deficit (Baixo – Déficit Severo) para este domínio.

Finalmente, em análise dos escores padrão totais, observa-se que o tutor continuou a ser o informante a atribuir melhor nível adaptativo ao sujeito de pesquisa, posicionando-o, nos seis momentos, no nível Low – Mild Deficit (Baixo – Déficit Leve), enquanto pais e professor revelaram aproximação de análises, considerando o nível adaptativo do sujeito de pesquisa, nos três domínios da escala, como Low – Moderate Deficit (Baixo – Déficit Moderado), em todos os momentos de avaliação, exceto pelo primeiro, no qual o professor mensurou o nível adaptativo do sujeito como Low – Severe Deficit (Baixo – Déficit Severo). Tal constância de resultados evidencia uma avaliação estável do nível

adaptativo do sujeito, a despeito da variação entre pontos de vista de cada informante, evidenciando também, a validade interna do instrumento, com o qual resultados semelhantes em análise final do nível adaptativo do sujeito de pesquisa foram obtidos.

2.2 Escala de avaliação funcional dos comportamentos revisada (EFC-R)

Adentrando à apresentação dos dados e análise de resultados coletados a partir da utilização da escala EFC-R pode-se observar, instantaneamente, a melhora em mais de 70% das funções cognitivas avaliadas. Como anteriormente citado, a EFC-R é composta por onze (11) funções cognitivas, diretamente associadas ao comprometimento no quadro do Transtorno do Espectro do Autismo. Na presente coleta de dados, D. apresentou melhora e/ou diminuição no comprometimento das seguintes funções: Atenção, Percepção, Associação, Intenção, Emoção, Contato, Comunicação e Cognição, como pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 1. Apresentação de resultados EFC-R

Antes de analisarmos comparativamente as evoluções ou involuções das funções cognitivas observadas através deste instrumento nos momentos inicial e final da pesquisa, será realizada uma apreciação pormenorizada dos dados colhidos nos diferentes períodos da coleta de dados, atendo-se individualmente às funções mais fragilmente estruturadas em cada momento da pesquisa. Deve-se ressaltar ainda que as avaliações de funções com maior ou menor comprometimento em cada momento da pesquisa são definidas a partir de uma análise comparativa dentre todas as funções, em cada período da coleta de dados, e não correlacionando-as aos seus valores numéricos e resultados quantitativos, ou ainda com sua evolução ou involução em outros momentos da pesquisa. Os dados brutos podem ser observados nas tabelas a seguir.

Tabela 5. Coleta de dados com o sujeito – Dados Brutos e Médias EFC-R

EFC-R	1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		6ª	
ATENÇÃO	1	1,8	1	1,6	1	1,6	1	2	1	1,6	1	1,4
	2		2		1		1		2		1	
	3		2		2		4		2		2	
	2		2		3		3		2		2	
	1		1		1		1		1		1	
PERCEPÇÃO	3	2,6	2	2,2	1	1,4	1	1,6	2	2	2	1,6
	3		3		1		2		2		2	
	2		1		2		1		2		1	
	2		2		1		2		2		2	
	3		3		2		2		2		1	
ASSOCIAÇÃO	1	1,8	1	2,2	1	2	2	2	2	2,2	1	1,6
	2		3		3		2		3		2	
	3		4		4		3		4		3	
	2		2		1		2		1		1	
	2		1		1		1		1		1	
INTENÇÃO	3	2,6	4	2,6	1	2	1	1,6	3	2,8	1	1,2
	3		4		3		2		4		2	
	3		3		2		3		3		1	
	3		1		2		1		3		1	
	1		1		2		1		1		1	
MOTRICIDADE	2	1,4	2	1,6	1	1,2	2	1,4	2	1,6	2	1,6
	2		1		2		1		2		2	
	1		1		1		1		1		1	
	1		3		1		2		2		1	
	1		1		1		1		1		2	
IMITAÇÃO	1	1,2	1	1,4	1	1,4	1	1,2	1	2	1	1,6
	1		1		1		1		2		2	
	1		2		2		2		3		2	
	1		1		1		1		1		1	
	2		2		2		1		3		2	
EMOÇÃO	3	2,2	4	2,2	3	2,2	3	1,8	4	2,6	2	2
	3		2		2		1		2		2	
	2		1		2		1		2		2	
	1		2		1		1		2		1	
	2		2		3		3		3		3	
CONTATO	2	2,4	2	2,8	2	2,8	1	2	1	2,8	1	2
	3		3		4		2		3		2	
	2		3		2		2		4		2	
	2		2		2		2		2		2	
	3		4		4		3		4		3	
COMUNICAÇÃO	2	2,4	2	2,2	2	1,8	1	1,6	2	1,8	2	1,8
	2		2		2		2		2		2	
	1		2		1		1		1		1	
	4		3		2		2		2		2	
	3		2		2		2		2		2	
COGNIÇÃO	4	2,6	4	2,8	3	2,8	4	2,6	3	2,6	3	2,4
	3		3		3		3		2		2	
	2		1		3		2		3		2	
	2		3		2		2		2		2	
	2		3		3		2		3		3	
REGULAÇÃO	2	1,8	3	2,2	3	2	3	2	3	2,2	2	2
	2		2		1		2		2		2	
	2		2		2		1		2		2	
	1		1		1		1		2		2	
	2		3		3		3		2		2	

No primeiro momento de coleta de dados da pesquisa, os sinais mais expressivos de alteração funcional aferidos através deste instrumento estavam mais intimamente ligados às funções de percepção, intenção e cognição, sugerindo discrepância nos quesitos relacionados à percepção auditiva, à iniciativa e proatividade para exprimir e realizar seus desejos, e à presença de hipercompetência relacionada à musicalidade. Um comprometimento intermediário pôde ser observado nas funções cognitivas relativas à regulação das emoções, à comunicação e ao contato com o outro, denotando dificuldades

na compreensão e expressão das emoções, na relação com as demais pessoas, revelando tendência ao isolamento, e no compartilhar e/ou solicitar um objeto. Áreas de maior potencialidade puderam ser igualmente observadas, especialmente ao que se refere às capacidades associativas, imitativas e atencionais, bem como à motricidade e à regulação dos comportamentos. Desta maneira observa-se capacidade mais satisfatória para focar e atentar-se ao que faz, para a autonomia na alimentação e higiene, para a imitação de modelos oferecidos, para a estabilidade de humor e de variação na utilização dos recursos comunicativos, sem, contudo, apresentar quaisquer hiper-habilidades manuais e/ou motoras.

Já os dados obtidos na segunda coleta de dados revelaram que as alterações funcionais mais intensamente comprometidas neste momento foram a cognição e o contato com o outro, revelando aqui uma marcada tendência ao isolamento e um modo particular de entrar em relação com as demais pessoas, bem como a hipercompetência na música já anteriormente descrita. As funções cognitivas que apresentaram comprometimento intermediário foram a regulação dos comportamentos e emoções, a associação, a percepção e a comunicação, sugerindo a presença de comportamentos repetitivos, de semblante entristecido e pouco expressivo de emoções internas, de forte tendência ao isolamento e hipersensibilidade a sons. Apesar das áreas de comprometimento observadas nesta coleta de dados da pesquisa, emergências positivas puderam ser observadas, especialmente no que se refere à atenção, motricidade e imitação, evidenciando sua satisfatória disposição para a atenção compartilhada e para a imitação, somada a uma marcada habilidade motora com as mãos.

No terceiro momento, as funções de contato, emoção e cognição foram as que apresentaram resultados quantitativos de escores mais elevados, denotando uma maior alteração neurofuncional nestas áreas e demarcando novamente a tendência ao isolamento e dificuldade com a compreensão e expressão das emoções, bem como sua superdotação para a música. Um comprometimento mediano pôde ser observado nas funções que se referem à capacidade associativa, comunicativa, de intencionalidade e de regulação dos comportamentos, a partir do que se pode inferir acerca da presença de dificuldade na alternância do olhar entre o objeto manipulado e o adulto, uma passividade excessiva, tendência a repetir frequentemente a mesma ação ou mesma frase, bem como de utilizar suas capacidades regularmente. Esferas de maior potencialidade repousaram, neste momento, sobre as funções de atenção, percepção, motricidade e imitação, revelando uma

estabilidade atencional nas atividades propostas e boa desenvoltura motora, boa percepção dos estímulos externos e boa capacidade imitativa.

A quarta coleta de dados da pesquisa compilou resultados que revelam um maior comprometimento nas funções ligadas à atenção, associação, emoção, cognição e regulação dos comportamentos, sugerindo uma maior fixação em detalhes não relevantes dos objetos e em repetir por muito tempo a mesma ação ou mesma frase, a dificuldade com a alternância do olhar entre o objeto manipulado e o adulto, em manifestar suas emoções e empatizar com as alheias e em utilizar regularmente suas capacidades e potencialidades cognitivas. Comprometimentos de menor magnitude foram observados nas áreas da percepção, intenção, emoção e comunicação, revelando uma resposta estável aos estímulos sensoriais externos e à utilização dos recursos comunicativos, gestuais e/ou verbais; uma marcada dificuldade com a iniciativa e expressão dos seus desejos e sentimentos, bem como com o reconhecimento dos sentimentos alheios. Áreas observadas de maior competência no que se refere às funções cognitivas foram, neste momento, a motricidade e a imitação, denotando boa desenvoltura na capacidade imitativa e de coordenação motora global e fina.

O quinto e penúltimo momento de coleta de dados da pesquisa agrupou as funções de associação, intenção, contato, cognição e regulação dos comportamentos como as áreas de maior comprometimento, classificando as funções ligadas à percepção, imitação e comunicação como as esferas de comprometimentos menos expressivos, delineando a presença de questões funcionais ainda ligadas à manutenção do foco atencional, da alternância no contato com o objeto manipulado e o adulto, com a manifestação e reconhecimento das emoções, com a utilização regular de suas capacidades, e, com menos intensidade, mas ainda com grau considerável de comprometimento, sua iniciativa para o brincar, para a expressão de seus desejos e emoções, e para a percepção dos estímulos sensoriais externos. Por fim, as áreas eleitas como as de maior potencial neurofuncional foram a motricidade, a emoção e a atenção, sugerindo a estabilidade satisfatória da capacidade imitativa e de coordenação motora geral.

No momento da última coleta de dados, o sujeito da pesquisa apresentou um perfil funcional homogêneo, com sinais de alterações neurofuncionais em seu desenvolvimento global, especificamente do ponto de vista das funções ligadas à regulação das emoções e comportamentos – principalmente no que se refere ao compartilhamento de emoções

alheias e à utilização regular de suas capacidades; ao contato, evidenciando a existência de uma maneira particular de entrar em contato com o outro, e à cognição, denotando que o sujeito é provido de super habilidades e hipercompetências, especialmente relacionadas à musicalidade.

Apesar das alterações globais supracitadas, D. apresentou, neste último momento da pesquisa, maior potencial nas áreas relativas à atenção e à intenção, evidenciando sua boa capacidade de manutenção do foco atencional; todavia, por vezes, pôde-se observar que o sujeito ateve-se, fascinado, aos detalhes dos objetos oferecidos e revelou pouca iniciativa para o brincar.

Observou-se ainda, neste momento da coleta de dados, um comprometimento funcional intermediário relativo à comunicação, à imitação, à percepção, à motricidade e à associação, ressaltando-se que características de movimentos particulares e estereotipados podem eventualmente estar presentes, incluindo possíveis reações exacerbadas e bizarras aos estímulos sonoros. Questões relativas à comunicação social, que abarcam comprometimentos na plena compreensão e expressão da linguagem verbal, dificuldades na imitação social e na alternância de contato visual entre o objeto manipulado e o outro, ou ainda em responder ao chamado de seu nome, voltando o olhar ao outro, mostraram-se igualmente comprometidas em nível intermediário.

Não obstante, analisando separadamente os dados obtidos neste último momento da pesquisa, denota-se um nível homogêneo e ameno das alterações globais do desenvolvimento de D., revelando um perfil funcional com variações quantitativas singelas entre as funções cognitivas com maior pontuação, e que por conseguinte, são as mais fragilmente estruturadas e as com menores escores.

De maneira geral, uma tímida variação de amplitude entre o maior e o menor valor atribuído às funções cognitivas em todos os momentos da coleta de dados pôde ser observado, revelando com isso, um perfil relativamente estável, apesar das variações entre as pontuações atribuídas a cada função, em cada momento da pesquisa.

Observando-se continuamente, individualmente, cada uma das funções, constata-se que, no que se refere à função de Atenção, os valores variaram de 1,8 (um virgula oito) no momento inicial, para 1,4 (um virgula quatro) no momento final, relevando uma singela melhora de 0,4 (zero virgula quatro) pontos. Contudo, esta

melhora não foi gradativa ou constante. Nos dois momentos que sucederam a avaliação inicial, portanto, na segunda e terceira coleta de dados, foi possível observar uma melhora não expressiva de 0,2 (zero virgula dois) pontos entre a coleta inicial e estas duas subsequentes. No momento seguinte, então quarta coleta, pôde-se observar um salto de 1,6 (um virgula seis) para 2,0 (dois virgula zero) na pontuação para esta função. Do quinto momento em diante, pôde-se observar uma melhora gradativa que passou para 1,6 (um virgula seis) neste momento, e 1,4 (um virgula quatro) na última coleta de dados. Em análise mais aprofundada desta variação nota-se que os quesitos mais comprometidos nesta função foram o de concentração a detalhes e o de não terminar de fixar sua atenção, respectivamente itens 3 (três) e 4 (quatro) na escala.

No que se refere à função de Percepção, a amplitude entre os valores inicial e final foi mais significativa, partindo de uma avaliação inicial de 2,6 (dois virgula seis) para 1,6 (um virgula seis) no momento final. Entretanto, tal melhora também não foi constante ou gradativa. Percepção apareceu nos dois primeiros momentos de coleta de dados como uma função mais significativamente comprometida, recebendo nestes períodos a pontuação igual ou superior a 2 (dois). Na terceira coleta de dados pôde-se observar sensível melhora, passando a receber 1,4 (um virgula quatro) de pontuação. No momento seguinte, volta a ser delineado um maior comprometimento, recebendo novamente a pontuação 2 (dois). No último momento de coleta de dados, o índice permaneceu em 1,6 (um virgula seis), revelando uma melhora final nesta função. Quesitos que se mostraram mais comprometidos neste domínio estavam relacionados à sensibilidade aos estímulos sonoros, como, por exemplo, os itens 1 (um), 2 (dois), e 5 (cinco) na escala.

Referente à função de Associação, observa-se melhora não expressiva, de apenas dois décimos de ponto entre o momento inicial (1,8 – um virgula oito) e final (1,6 – um virgula seis). Neste domínio, pode-se inferir que a melhora foi mais gradativa, se observarmos a evolução da pontuação nesta função. No momento inicial de avaliação o índice encontrava-se em 1,8 (um virgula oito). No momento seguinte, constata-se maior pontuação e comprometimento nesta função, recebendo a pontuação de 2,2 (dois virgula dois). Na terceira coleta de dados, este comprometimento ainda podia ser observado, mas já com melhora não expressiva, passando para 2 (dois) pontos. Contudo, tal melhora não se manteve e o índice voltou a subir para 2,2 (dois virgula dois) no quinto período de coleta de dados. Por fim, no último e sexto momento da pesquisa, o índice baixou e se manteve em 1,6 (um virgula seis) pontos. Um quesito marcadamente comprometido nesta

função foi o de alternância de olhar entre o objeto manipulado e o adulto, e outro, o de resposta visual quando seu nome é chamado, respectivamente itens 3 (três) e 2 (dois) na escala.

Relativo à função de Intenção, pôde-se observar a mais expressiva melhora entre os valores iniciais e finais deste domínio. Nos dois primeiros momentos esta função mostrava-se significativamente comprometida, recebendo índice de 2,6 (dois virgula seis) pontos. Na terceira e quarta coleta de dados, observou-se melhora progressiva, passando para 2 (dois), e 1,6 (um virgula seis) pontos. No momento seguinte, nota-se novamente um marcado comprometimento nesta função, com índice se elevando para 2,8 (dois virgula oito), e findando com 1,2 (um virgula dois). Identifica-se que, nesta função quase todos os quesitos apresentaram marcado comprometimento, com exceção do item 5 (cinco) da escala, denotando que há dificuldades no que se refere à espontaneidade e iniciativa para brincar, exprimir o que quer, e /ou para realizar uma ou mais ações conhecidas. Destaca-se ainda a tendência a permanecer longos períodos sem fazer nada.

Em relação à função de Motricidade, dois dos quesitos podem ser avaliados como potencialidades para o desenvolvimento; são estes, itens 3 (três) e 4 (quatro) da escala. Analisando-se os dados do sujeito nestes quesitos, observa-se uma variação na pontuação atribuída ao quarto item, que se refere às habilidades manuais, em diferentes momentos da pesquisa, tendo sido pontuados, nos seis momentos, respectivamente 1 (um), 3 (três), 1 (um), 2 (dois), 2 (dois), 1 (um). Esta variação na pontuação deu-se em virtude da associada hiper-habilidade do sujeito com a musicalidade. Assim sendo, nesta função, a piora não expressiva de dois décimos de pontos do momento de avaliação inicial de 1,4 (um virgula quatro) para o momento final de 1,6 (um virgula seis) não necessariamente expressa um maior comprometimento global na função Motricidade.

No que tange à função de Imitação, observa-se a atribuição de maior pontuação no momento final (1,6 – um virgula seis) se comparado ao escore inicial (1,2 – um virgula dois); contudo, é passível de se notar certa estabilidade na pontuação a esta função na maioria dos momentos de coleta de dados, com exceção da quinta coleta, na qual o índice foi o mais alto da função, 2 (dois) pontos. Ao analisarmos os quesitos com maiores pontuações neste domínio, pode-se inferir que existe um maior comprometimento na imitação social, com índices aumentados nos itens 3 (três) e 5 (cinco) na escala que

referem-se, respectivamente, à imitação recíproca quando se fala com ela e a imitação de mímicas, sorrisos, caretas.

Acerca da função de Emoção, esta, apesar da oscilação na pontuação no íterim das coletas de dados, parece ter se mantido estável em seu nível de comprometimento. Nos três momentos iniciais da pesquisa, os índices se mantiveram iguais, em 2,2 (dois vírgula dois) pontos. No quarto e quinto momento, pôde-se observar progressiva melhora, diminuindo os índices para 1,8 (um vírgula oito) e 1,6 (um vírgula seis); contudo, ao final, o escore voltou a subir para 2 (dois). Os quesitos de maior comprometimento neste domínio referem-se à expressão e compreensão das emoções e às reações emocionais desvinculadas da situação objetiva, respectivamente itens 1 (um), 5 (cinco) e 2 (dois).

Em relação à função de Contato, ao analisarmos progressivamente os escores atribuídos a esta função nos diferentes momentos, constatamos uma evolução final positiva. Este domínio foi o que recebeu, por mais vezes, a pontuação mais alta atribuída nesta avaliação como um todo. Por três momentos, na segunda, terceira e quinta coletas de dados, os índices atingiram 2,8 (dois vírgula oito) pontos. Na avaliação inicial já se constata um expressivo comprometimento nesta função, recebendo a pontuação de 2,4 (dois vírgula quatro); entretanto, observou-se melhora nos quarto e sexto momentos da pesquisa, mantendo os escores em 2 (dois). Neste domínio, todos os quesitos mostraram-se com algum nível de comprometimento. Desta forma, constata-se certa inabilidade social com comportamentos de tender ao isolamento, ter uma maneira particular de entrar em contato com o outro e apresentar contato visual furtivo, respectivamente itens 2 (dois), 5 (cinco) e 3 (três).

A propósito da função de Comunicação, podemos observar que este domínio foi o que apresentou melhora gradativa mais evidente. Iniciou-se a coleta de dados com o índice de pontuação em 2,4 (dois vírgula quatro) e, progressivamente, notamos uma melhora para 2,2 (dois vírgula dois), 1,8 (um vírgula oito), 1,6 (um vírgula seis) e se estabiliza em 1,8 (um vírgula oito) nos dois últimos momentos de coleta de dados. Os quesitos nos quais observamos maior comprometimento são à comunicação social, no que tange a solicitação para obter um objeto e o partilhar de uma atividade com o outro, respectivamente encontradas nos itens 4 (quatro) e 5 (cinco) da escala.

Na função Cognição, observamos novamente uma possível inversão de interpretação de resultados, haja visto que hiper-habilidades e hiper-competências podem

ser considerados potenciais para o desenvolvimento; contudo, características também não tão positivas estão contempladas neste domínio, como, por exemplo, o desinteresse por objetos animados e as reações bizarras frente ao espelho. Analisando longitudinalmente os dados coletados neste domínio, observamos que os índices de pontuação se mantêm praticamente estáveis durante toda a pesquisa, apresentando oscilações não expressivas ou significativas, revelando uma variação dos índices de dois décimos para mais ou para menos. De maneira geral, esta alta pontuação está relacionada à hiper-habilidade do sujeito com a musicalidade, mas também revela certo comportamento estranho ou reação bizarra do sujeito frente ao espelho e baixo interesse pelos rostos de outrem.

E finalmente, acerca da função de Regulação, encontramos igualmente certa estabilidade, com índices variando em dois décimos para mais ou para menos. A pontuação inicial atribuída a esta função foi a mais baixa dentre todos os momentos de coleta de dados da pesquisa. No momento subsequente, o escore aumenta para 2 (dois) no segundo momento, e 2,2 (dois vírgula dois) no dois momentos subsequentes, portanto terceira e quarta coleta. No quinto momento da pesquisa o índice volta para 2,2 (dois vírgula dois) e finaliza com 2 (dois) no sexto e último período. Os quesitos que se apresentaram mais intensamente comprometidos neste domínio foram o de não utilizar regularmente suas capacidades e de repetir por muito tempo a mesma ação ou mesma frase, respectivamente itens 1 (um) e 5 (cinco) da escala.

De maneira geral observa-se que algumas funções apresentaram-se comprometidas em diversos momentos da avaliação, como, por exemplo, as funções de Contato e Cognição, revelaram sempre altos índices de pontuação. Funções como Percepção, Intenção, Motricidade e Emoção aparentaram maior comprometimento em três momentos, dos seis de coleta de dados, enquanto as funções de Atenção, Associação, Comunicação e Regulação em apenas dois.

2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Dado o fato de a CIF não ser um instrumento de avaliação, e sim de classificação, os dados aqui apresentados deverão, necessariamente, ser equiparados aos dados dos instrumentos quantitativos utilizados na coleta de dados da pesquisa (VABS e EFC-R).

A fim de se fazer essa transdução dos dados dos diferentes protocolos utilizados para a classificação a partir da CIF, fez-se necessária a criação de equivalências para as quantificações dos instrumentos e as classificações da CIF. Discorreremos individualmente sobre cada equivalência.

2.3.1 Correlação Vineland e CIF

Como anteriormente citado e apresentado, a escala Vineland de Comportamento Adaptativo (VABS) oferece resultados quantitativos de nível adaptativo. Estes níveis correspondem aos valores do escore padrão (Standard Score), que, por sua vez, correlacionam-se com os escores brutos (Raw Score), resultantes das respostas dadas pelos informantes a este instrumento. Os níveis adaptativos são divididos conforme apresentado na tabela abaixo. Já os níveis Alto e Moderadamente Alto foram excluídos da análise comparativa entre os instrumentos, na medida em que o sujeito de pesquisa não alcançou estes patamares de desenvolvimento adaptativo.

Tabela 6. Nível adaptativo correspondente aos escores padrão

Nível Adaptativo		Escore Padrão
Alto (High)		131 à acima de 160
Moderadamente Alto (Moderately Low)		116 à 130
Adequado (Adequate)		85 à 115
Moderadamente Baixo (Moderately Low)		70 à 84
Baixo (Low)	Déficit Leve (Mild Deficit)	50-55 à aproximadamente 70
	Déficit Moderado (Moderate Deficit)	35-40 à 50-55
	Déficit Severo (Severe Deficit)	20-25 à 35-40
	Déficit Profundo (Profound Deficit)	Abaixo de 20 ou 25

A fim de equiparmos os resultados obtidos a partir da coleta de dados com a Vineland às classificações da CIF, foi criada uma equivalência, considerando-se os 5 (cinco) níveis classificatórios da CIF e os níveis Adequado, Moderadamente Baixo e Baixo da VABS, conforme apresentado na tabela abaixo. Os níveis Déficit Severo e Déficit Profundo da VABS foram agrupados no nível Deficiência Completa da CIF por serem ambos, graus significativos de comprometimento.

Tabela 7. Equivalência VABS e CIF

Escala Vineland de Comportamento Adaptivo			Classificação CIF	
Nível Adaptativo		Escores Padrão	Nível de Deficiência	Nível de classificação
Adequado (Adequate)		85 à 115	Nenhuma deficiência	0
Moderadamente Baixo (Moderately Low)		70 à 84	Deficiência ligeira	1
Baixo (Low)	Déficit Leve (Mild Deficit)	50-55 à aproximadamente 70	Deficiência Moderada	2
	Déficit Moderado (Moderate Deficit)	35-40 à 50-55	Deficiência grave	3
	Déficit Severo (Severe Deficit)	20-25 à 35-40	Deficiência completa	4
	Déficit Profundo (Profound Deficit)	Abaixo de 20 ou 25	Deficiência completa	4

Apresentada a correlação estabelecida entre os instrumentos, adentraremos a apresentação dos dados e análise dos resultados. Para tanto, será apresentado na tabela abaixo os resultados finais da análise comparativa entre estes instrumentos, VABS e CIF. Faz-se necessário ressaltar que serão analisados apenas os resultados finais, com cada um dos informantes. Desta forma, a análise da CIF englobará os três domínios correspondentes às funções avaliadas pela Vineland, conforme correspondência abaixo, haja visto que os tais domínios encontram-se contemplados pela classificação da CIF no domínio de Atividades e Participação.

Tabela 8. Correspondência domínios Vineland e classificação CIF.

Vineland	CIF – Atividades e Participação
Domínio Comunicacional	Capítulo 3 – Comunicação
Domínio de Atividades de Vida Cotidiana	Capítulo 5 – Auto Cuidados
Domínio de Socialização	Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais

Tabela 9. Resultados VABS com classificações CIF

Período	1ª				
Instrumentos	TOTAL VINELAND			CIF (d3+d5+d7)	
	SCORE BRUTO	STANDARD SCORE	LEVEL	CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
PAIS	136	42	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
PROF	100	31	Low - Severe Deficit	. 4	Deficiência completa
TUTOR	220	68	Low - Mild Deficit	. 2	Deficiência moderada
Período	2ª				
Instrumentos	TOTAL VINELAND			CIF (d3+d5+d7)	
	SCORE BRUTO	STANDARD SCORE	LEVEL	CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
PAIS	156	48	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
PROF	136	42	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
TUTOR	210	64	Low - Mild Deficit	. 2	Deficiência moderada
Período	3ª				
Instrumentos	TOTAL VINELAND			CIF (d3+d5+d7)	
	SCORE BRUTO	STANDARD SCORE	LEVEL	CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
PAIS	157	48	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
PROF	139	43	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
TUTOR	211	66	Low - Mild Deficit	. 2	Deficiência moderada

Período	4ª				
Instrumentos	TOTAL VINELAND			CIF (d3+d5+d7)	
	SCORE BRUTO	STANDARD SCORE	LEVEL	CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
PAIS	156	48	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
PROF	146	45	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
TUTOR	172	53	Low - Mild Deficit	. 2	Deficiência moderada
Período	5ª				
Instrumentos	TOTAL VINELAND			CIF (d3+d5+d7)	
	SCORE BRUTO	STANDARD SCORE	LEVEL	CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
PAIS	137	42	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
PROF	132	41	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
TUTOR	190	58	Low - Mild Deficit	. 2	Deficiência moderada
Período	6ª				
Instrumentos	TOTAL VINELAND			CIF (d3+d5+d7)	
	SCORE BRUTO	STANDARD SCORE	LEVEL	CLASSIFICAÇÃO	NÍVEL
PAIS	146	45	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
PROF	136	42	Low - Moderate Deficit	. 3	Deficiência grave
TUTOR	204	63	Low - Mild Deficit	. 2	Deficiência moderada

Analisando os dados acima apresentados constatamos que houve pouca variação na classificação do nível de deficiência do sujeito a partir da leitura da CIF. A única variação observada foi acerca da resposta da primeira coleta de dados com o professor, na qual o nível adaptativo do sujeito foi quantificado como Déficit Profundo (Profound Deficit) a partir da análise da Vineland, e consequentemente, correlativamente, o nível de deficiência pela CIF recaiu sobre Deficiência Completa. Como anteriormente aventado, este informante não possui pleno conhecimento sobre a desenvoltura adaptativa do sujeito aquém do contexto escolar. Com isso, suas avaliações ficam prejudicadas em sua qualidade e eventualmente podem representar falsas interpretações sobre o real desempenho do sujeito nos quesitos indagados através da Vineland.

De maneira geral, a parca variação nos resultados denota certa estabilidade dos comportamentos adaptativos no desenvolvimento de D., apesar das variações de tabela na Vineland, da maturação orgânica natural do sujeito e das mudanças no seu contexto escolar.

2.3.2 Correlação EFC-R e CIF

Como anteriormente apresentado, a escala EFC-R oferece resultados quantitativos, medianos, relativos ao desenvolvimento do sujeito em 11 (onze) funções cognitivas. A fim de equiparar-se as respostas quantitativas deste protocolo com as classificações da CIF, fez-se, igualmente necessário, a criação de uma correlação entre instrumentos, conforme apresentado na tabela abaixo. A correlação tomou por base uma relação percentual para estabelecer equivalência entre os qualificadores da CIF e as possibilidades de resultados da EFC-R, seguindo a referência de valores standards da população – curva normal.

Tabela 10.1. Equivalência EFC-R e CIF (resultados quantitativos e classificações)

Escala EFC-R	Percentual	Classificação CIF	
Intervalo dos Resultados	Ref. População	Nível de Deficiência	Nível de classificação
1 à 1,2	0 – 4%	Nenhuma deficiência	0
1,3 à 2	5 – 24%	Deficiência ligeira	1
2,1 à 2,9	25 – 49%	Deficiência moderada	2
3 à 4,7	50 – 95%	Deficiência grave	3
4,8 à 5	96 – 100%	Deficiência completa	4

Tabela 10.2. Equivalência EFC-R e CIF (Funções e Domínios)

Funções Cognitivas EFC-R	Componentes e Capítulos CIF
ATENÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais específicas – Funções da Atenção (b140)
PERCEPÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais específicas – Funções da Percepção (b156)
ASSOCIAÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais específicas – Funções Cognitivas de nível superior (b164)
INTENÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais globais – Funções Psicossociais globais (b122)
MOTRICIDADE	Funções do Corpo – Funções mentais específicas – Funções Psicomotoras (b147)
IMITAÇÃO	Atividades e Participação – Aprendizagem básica – Imitar (d130)
EMOÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais específicas – Funções Emocionais (b152)
CONTATO	Atividades e Participação – Interações e relacionamentos interpessoais (d7)
COMUNICAÇÃO	Atividades e Participação – Comunicação (d3)
COGNIÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais globais – Funções Intelectuais (b117)
REGULAÇÃO	Funções do Corpo – Funções mentais globais – Funções do temperamento e da personalidade (b126)

A classificação a partir da CIF dos resultados obtidos com a escala EFC-R será apresentada na tabela a seguir.

Tabela 11. Resultados EFC-R com classificações CIF

Período	1^a		2^a		3^a		4^a		5^a		6^a	
Instrumentos/ Funções EFC-R	EFC-R	CIF	EFC-R	CIF	EFC-R	CIF	EFC-R	CIF	EFC-R	CIF	EFC-R	CIF
ATENÇÃO	1,8	b140.1	1,6	b140.1	1,6	b140.1	2	b140.1	1,6	b140.1	1,4	b140.1
PERCEPÇÃO	2,6	b156.2	2,2	b156.2	1,4	b156.1	1,6	b156.1	2	b156.1	1,6	b156.1
ASSOCIAÇÃO	1,8	b164.1	2,2	b164.2	2	b164.1	2	b164.1	2,2	b164.2	1,6	b164.1
INTENÇÃO	2,6	b122.2	2,6	b122.2	2	b122.1	1,6	b122.1	2,8	b122.2	1,2	b122.0
MOTRICIDADE	1,4	b147.1	1,6	b147.1	1,2	b147.0	1,4	b147.1	1,6	b147.1	1,6	b147.1
IMITAÇÃO	1,2	d130.0	1,4	d130.1	1,4	d130.1	1,2	d130.0	2	d130.1	1,6	d130.1
EMOÇÃO	2,2	b152.2	2,2	b152.2	2,2	b152.2	1,8	b152.1	2,6	b152.2	2	b152.1
CONTATO	2,4	d7.2	2,8	d7.2	2,8	d7.2	2	d7.1	2,8	d7.2	2	d7.1
COMUNICAÇÃO	2,4	d3.2	2,2	d3.2	1,8	d3.1	1,6	d3.1	1,8	d3.1	1,8	d3.1
COGNIÇÃO	2,6	b177.2	2,8	b177.2	2,8	b177.2	2,6	b177.2	2,6	b177.2	2,4	b177.2
REGULAÇÃO	1,8	b126.1	2,2	b126.2	2	b126.1	2	b126.1	2,2	b126.2	2	b126.1

Analizando-se os dados acima apresentados de classificação de nível de deficiência da CIF, a partir dos resultados coletados com a escala EFC-R, constatamos que também existe certa estabilidade das funções cognitivas, revelando alguma melhora em domínios específicos.

Ao se avaliar individualmente os dados por função constatamos que o domínio da Atenção manteve-se, durante todo o período de coleta de dados no mesmo nível classificatório de deficiência, segundo a leitura pela CIF, permanecendo no nível de deficiência ligeira.

Acerca da função da Percepção observamos que houve melhora na classificação do nível de deficiência, passando de deficiência moderada para deficiência ligeira a partir do terceiro momento de coleta de dados, permanecendo assim até o final da pesquisa.

Sobre a função de Associação verificamos novamente certa estabilidade nesta função, permanecendo, no momento inicial e final da pesquisa, no nível de deficiência ligeira; contudo, em dois momentos da pesquisa, o segundo e o quinto, houve oscilação do nível de deficiência, variando para deficiência moderada, mas voltando à deficiência ligeira ao final.

No que tange a função de Intenção, também se observa certa oscilação de nível de deficiência, iniciando na primeira coleta de dados em deficiência moderada, melhorando nos terceiro e quarto momentos para deficiência ligeira, voltando ao nível de deficiência moderada no quinto momento da pesquisa, mas findando em nenhuma deficiência nesta função no último período de coleta de dados.

Sobre a função de Motricidade, observa-se boa estabilidade durante todos os momentos da coleta de dados, apresentando melhora para nível de nenhuma deficiência no terceiro período da pesquisa, mas mantendo-se, em todos os demais momentos, no nível de deficiência ligeira.

No que se refere à função de Imitação, podemos observar sutil agravamento do nível de deficiência, inicialmente classificado como nenhuma deficiência e findando no nível de deficiência ligeira, recebendo também, no quarto momento da pesquisa, nível de nenhuma deficiência para esta função, mas voltando ao patamar de deficiência ligeira nos demais momentos.

Acerca da função de Emoção observa-se sutil melhora, avaliando-se o momento inicial da pesquisa no qual o nível de deficiência do sujeito foi classificado como deficiência moderada, e ao final, registrou-se nível de deficiência ligeira para esta função. Verifica-se também que no quarto momento da pesquisa o nível de deficiência do sujeito neste domínio também foi classificado como deficiência ligeira, mas voltou à deficiência moderada no período seguinte, antes de findar no nível .1 de deficiência.

A função Contato revelou igual variação, com melhora, passando de deficiência moderada nos três momentos iniciais da pesquisa, melhorando para deficiência ligeira no quarto momento, voltando a apresentar nível de deficiência moderado no quinto momento da pesquisa, e findando a classificação para esta função em deficiência ligeira.

No que tange a função de Comunicação, observa-se novamente uma melhora, iniciando-se, nos dois primeiros momentos da pesquisa em deficiência moderada, passando, a partir do terceiro momento para o nível de deficiência ligeira, e mantendo-se assim, estável, até o final do período de coleta de dados da pesquisa.

Sobre a função Cognição constata-se estabilidade completa, em todos os momentos da pesquisa, classificando o nível de deficiência do sujeito nesta função como deficiência moderada; contudo, há de se reiterar aqui que as pontuações elevadas na escala EFC-R para esta função se deram em virtude de hiper-habilidades e hiper-competências do sujeito nos quesitos indagados neste domínio.

Finalmente, acerca da função de Regulação, observa-se novamente estabilidade entre o momento inicial e final da pesquisa, oscilando nos segundo e quinto momentos da coleta de dados para nível de deficiência moderada, mas revelando deficiência ligeira nos demais momentos da pesquisa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em posse dos dados acima apresentados e analisando-se de maneira holística e contextualizada os resultados obtidos na pesquisa, algumas correlações e observações tornam-se possíveis. De maneira geral, é passível de se notar certa estabilidade no desenvolvimento do sujeito durante todo o período de coleta de dados da pesquisa, especialmente no que se refere à classificação dos resultados a partir da CIF. A avaliação através de ambos os instrumentos quantitativos, VABS e EFC-R, revelaram variações na aferição do momento de desenvolvimento do sujeito nos diversos domínios pesquisados; contudo, a partir de um olhar voltado ao nível de deficiência – capacidade e desempenho – de D., constata-se certa consistência e constância no desenvolvimento do sujeito.

A despeito das variações nas avaliações de cada informante a partir da escala VABS, observa-se certa similaridade nos resultados intra-avaliadores, revelando um possível afinamento de olhares para as capacidades do sujeito, bem como, uma congruência na validade interna do instrumento nesta pesquisa, em consonância com Araújo et al. (2008):

“Existirá validade interna se as conclusões apresentadas corresponderem autenticamente a alguma realidade reconhecida pelos próprios participantes, não sendo unicamente uma construção da mais ou menos fértil imaginação do investigador” (p.19).

Como anteriormente citado, a variabilidade nas avaliações de cada informante relaciona-se intimamente com o grau de compreensão e convivência com o sujeito em diferentes contextos. O professor, por ter parco conhecimento das experiências de D. além dos muros da escola, como por exemplo, sua habilidade para atravessar uma rua sozinho, verificar o troco, entre outros, apresentou uma avaliação mais restrita das capacidades e potencialidades do sujeito, especialmente no que se refere às atividades de vida cotidiana e à socialização.

Na literatura, conforme apresentado em Arruda (2014), já se verifica uma espécie de olhar plano de professores em relação à escolarização de alunos com deficiência. Segundo esta autora, há, no processo de inclusão escolar de alunos com deficiência, necessidade de mudanças desafiadoras por parte dos professores, atestando que:

”O foco dos professores em relação à educação especial na perspectiva da educação inclusiva deve ser embasado no conhecimento que ele deve ter do desenvolvimento típico, na avaliação dos limites e possibilidades da criança que ele atende, para que a partir de então, junto com o conhecimento da história de vida e subjetividade da criança possa identificar os caminhos a serem trilhados rumo ao seu máximo desenvolvimento e aprendizagem” (p. 75).

Arruda (2014) ainda apresenta que há nos professores, em relação ao processo de inclusão escolar de alunos com deficiência, um mix de sentimentos, oscilando entre a valorização do seu papel como educador e a sensação de parco reconhecimento frente às muitas dificuldades enfrentadas no exercício de sua profissão.

Com isso, ao observarmos os dados obtidos com este informante, o professor, pode-se inferir que seu conhecimento diminuto em relação ao seu aluno, sujeito de pesquisa, restringe-o na *“avaliação dos limites e potencialidades da criança que atende”*, por conseguinte, possivelmente dificultando a identificação dos *“caminhos a serem trilhados rumo ao seu máximo desenvolvimento e aprendizagem”* (Arruda, 2014 p. 75).

O tutor, por sua vez, por ter mais convivência longitudinal e irrestrita com D., revelou um olhar mais abrangente para a capacidade e desempenho do sujeito em variadas esferas e contextos, avaliando-o clínica e tecnicamente, e apresentando resultados mais compatíveis com as avaliações da EFC-R. Reafirmando as ideias de Turra (2007), o tutor é um profissional atento ao processo de desenvolvimento do paciente, não preocupado com os limites deste mesmo desenvolvimento. Como mencionado anteriormente no presente trabalho, o tutor é:

“um mediador de aprendizagem que selecione, enfoque e retro-alimente uma criança com necessidades educacionais especiais com experiências ambientais e hábitos adequados de aprendizagem, filtrando, moldando e programando os estímulos mais apropriados para serem apresentados às crianças beneficiárias deste trabalho”
(p. 28)

Assim sendo, a formação e a preparação de um profissional para atuar como tutor clínico-escolar requer do mesmo um refinamento no olhar para o desenvolvimento de seu paciente, visando, entre outros objetivos, possibilitar maior capacidade de comunicação e ampliar as aptidões para lidar com várias e simultâneas fontes de informação (Turra, 2007).

Contudo, há de se considerar como variável possivelmente influente nas respostas obtidas com este informante que o desempenho e desenvolvimento do sujeito estão inter-relacionados com o trabalho desenvolvido por este profissional e, eventualmente, favorecimentos para a avaliação do desempenho do sujeito poderiam representar maior sucesso da sua intervenção.

Acerca da avaliação dos pais, como já previsto na literatura, estes informantes tendem a implementar uma visão mais restritiva e desfavorável do desenvolvimento do sujeito. Segundo Buscaglia (1993),

“... descrença, questionamentos, auto-piedade, lamento e negação também fazem parte das reações normais perante a perda dos sonhos que os pais têm a respeito dos filhos” (p. 48 apud Aráoz, 1999).

Desta maneira, como já mencionado anteriormente, a avaliação dos pais tendeu a ser mais negativista, atribuindo à D. níveis de desempenho mais exíguos em todos os domínios investigados na pesquisa, assim como igualmente previsto por Fiamengh e Messa (2007), que atestam que as dificuldades dos pais com seus filhos com deficiência, *“podem surgir devido à ideia de que já são crianças limitadas e restritas em muitos aspectos”* (p. 243).

Conquanto, dado o fato de a escala VABS ter sido desenvolvida para a aferição de nível de desenvolvimento de crianças sem deficiência, as avaliações de crianças com deficiência, particularmente com autismo, propendem a apresentar resultados abaixo do nível adequado. Segundo pesquisa de Elias e Assumpção (2006), realizada com sujeitos com autismo de alto funcionamento e de crianças com desenvolvimento típico, há propensão para resultados diferentes para cada grupo, com disparidades e particularidades para cada domínio.

Acerca do domínio comunicacional tal pesquisa revelou que, apesar de prejuízos semânticos inerentes ao desenvolvimento da comunicação e linguagem em crianças com autismo, não houve diferença significativa entre os grupos pesquisados. Contudo, no domínio atividades de vida cotidiana foi possível observar probabilidade aumentada para resultados moderado baixo para a população de crianças com autismo, enquanto, para o grupo de crianças sem deficiência houve probabilidade aumentada para resultados de nível adequado. O mesmo pôde ser observado no domínio de socialização, no qual se identificou maior probabilidade de uma criança com autismo apresentar nível moderado baixo no domínio social do que uma criança sem deficiência; ao passo que houve maior probabilidade de uma criança sem deficiência ter nível adequado no domínio social se comparada a uma criança com autismo. Outrossim, verificou-se igualmente, em consonância com os achados anteriores, a presença de diferenças significativas entre os resultados de cada um dos grupos, para os níveis moderado baixo e adequado nos escores totais da VABS.

Desta forma constata-se que, mesmo com os resultados variando entre os níveis baixo e moderadamente baixo, o desenvolvimento de D. está dentro dos parâmetros esperados para uma criança com diagnóstico de autismo avaliada através desta escala.

No que tange a avaliação através da escala EFC-R, observa-se que os escores atingidos pelo sujeito, em todas as funções e períodos da pesquisa, não atingiram o nível 3, de comportamento suficientemente presente e suficientemente intenso, mantendo-se prioritariamente entre os níveis 1 e 2, de comportamento nunca observado e comportamento presente, mas raro ou pouco intenso. Com isso, destaca-se um desenvolvimento regular e satisfatório do sujeito. Faz-se necessário ressaltar que, por esta escala ser um instrumento desenvolvido para aferição de desenvolvimento de crianças com autismo, os baixos níveis registrados pelo sujeito de pesquisa denotam um grau de comprometimento do quadro mais leve e auspicioso – com bom potencial.

Através da análise dos resultados a partir da classificação da CIF, observam-se mínimas variações de nível de deficiência do sujeito, que, em suma, ao final, apresentou resultados melhores. Ademais, faz-se necessário ressaltar uma diferença significativa entre as correlações da CIF e os demais instrumentos. Contata-se que a escala VABS é um instrumento que afere principalmente o desempenho do sujeito frente às situações rotineiras da vida. Contudo, por ser uma versão da escala relativamente antiga, de 1984,

uma série de itens que constam no questionário já não se fazem mais atuais e pertinentes à vida cotidiana contemporânea, como, por exemplo, o item 72 do domínio de atividades de vida cotidiana. Na era atual da tecnologia, a utilização dos telefones públicos foi bastante reduzida e substituída pelo uso dos telefones celulares. Desta forma, a cotação deste item, assim como de outros quesitos da escala, fica comprometida pela falta de pertinência deste comportamento adaptativo no contexto contemporâneo atual. Na verdade, é uma dificuldade presente quando se trata de aferir o comportamento adaptativo num ambiente social em mudança constante e cada vez mais rápida, como descrito por Bauman (2002).

Já acerca da escala EFC-R, verifica-se que esta, afere especialmente as capacidades do sujeito, ou seja, suas funções mentais e nível de comprometimento dentro do quadro clínico do autismo. Conforme apontado na literatura, é sabido que as funções cognitivas interagem entre si, contudo, se faz necessário subdividi-las e especificá-las a fim de melhor compreendê-las e estudá-las (Portal Educação, 2013). Analisando-se os resultados obtidos por D. em todas as funções avaliadas através deste instrumento, tanto de maneira individual, focalizada, quanto global, constatam-se níveis leves de comprometimento, evidenciando inclinação para um desenvolvimento mais próximo do adequado.

Isto posto, identifica-se que os resultados obtidos na pesquisa revelam uma melhora nas capacidades de D., enquanto seu desempenho manteve-se relativamente estável durante todo o período de coleta de dados. De acordo com a CIF, a capacidade refere-se à aptidão do sujeito para executar uma tarefa ou ação, ao passo que o desempenho faz alusão ao que o indivíduo consegue realizar em seu ambiente de vida natural, incluindo-se aspectos do mundo físico, social e comportamental. No caso do sujeito de pesquisa avaliado, observou-se melhora em sua capacidade e, por consequência, em sua participação.

Identifica-se que as mais significativas variações nos resultados obtidos na pesquisa ocorreram em dois principais momentos da mesma; são estes, o segundo e o quinto período de coleta de dados. Acerca deste fato, outras correlações e contextualizações tornam-se possíveis.

O segundo período de coleta de dados da pesquisa foi coincidente com o final do segundo semestre do sexto ano escolar do sujeito e, por conseguinte, final do ano letivo

de 2013. Comumente vivencia-se estafa e fadiga nos finais de ano e, com o sujeito de pesquisa, dado seu quadro clínico e o trabalho intenso realizado com ele, não foi diferente. D. apresentou neste período, segundo relato dos informantes da VABS, maior agitação, redução da capacidade de manter o foco atencional por períodos mais alongados, rebaixada tolerância à frustração e eventual oscilação de humor. Com vistas à estabilização e adequação destes comportamentos, no início de 2014 foi realizado novo ajustamento de medicação, diminuindo-se significativamente as dosagens ingeridas e suspendendo-se outras medicações. Desta maneira, pode-se inferir que outro fator possivelmente influente para os comportamentos observados seria a desregulação e altas dosagens de medicações ingeridas pelo sujeito de pesquisa durante este período de coleta de dados.

Já no quinto período de coleta de dados da pesquisa, no qual se observou igualmente agravamento do comprometimento na maioria das funções aferidas na avaliação da EFC-R, infere-se que o ajustamento de medicação pode ter sido fator influente nos resultados. Em material apresentado pelo Ministério da Saúde (2000) afirma-se que:

“Geralmente, as adaptações a essas medicações não ocorre rapidamente, e é preciso ter paciência e dedicação até que sejam perfeitamente ajustadas, proporcionando o aumento do nível de compreensão e redução da atividade motora do autista” (p. 21).

De acordo com o relato dos pais de D., foram necessárias duas mudanças de medicação num curto espaço de tempo. O primeiro reajuste nos medicamentos foi implementado logo após o final do primeiro semestre de 2014 e quarta coleta de dados. Novo reajuste foi praticado logo antes do início do segundo semestre e, por conseguinte, logo antes da quinta coleta de dados. Pode-se inferir que a readequação à nova medicação pode ter sido fator influente para os comportamentos mais desadaptados observados no quinto momento de coleta de dados. Somado a isso, a readaptação ao contexto escolar após a paralisação das férias de inverno pode também ter sido fator influente para a piora nos resultados desta coleta.

A despeito das variações durante os dois períodos supracitados, os resultados obtidos na pesquisa revelaram, de maneira geral, níveis de deficiência ligeiro ou moderado (CIF), de comportamento adaptativo, moderadamente baixo ou baixo (VABS),

e de avaliação funcional dos comportamentos, comportamento nunca observado ou comportamento presente, mas raro ou pouco intenso (EFC-R). A partir disso, e considerando-se as intervenções clínicas, em especial a *tutoria clínico-escolar* como fatores motivadores para a estabilidade e melhora dos comportamentos observados no sujeito, pode-se inferir que a solidez e progressão no desenvolvimento de D. são resultantes de um processo bem sucedido da implementação das estratégias e dos esforços coletivos, tanto do sujeito de pesquisa quanto dos profissionais envolvidos e dos pais.

Entretanto, no caso pesquisado, mesmo que parcimoniosos, os graus de comprometimento aferidos nas diferentes escalas revelam uma dificuldade do sujeito com a cognição social, tendendo a responder às diversas solicitações mais por adequação e aprendizado social, do que por embasamento em suas percepções. A cognição social gerencia desde o input do estímulo (percepção) até o resultado final do processo, ou seja, a manifestação do comportamento adaptativo. Falhas neste decurso convergem para óbices na capacidade de interação social.

No caso de D., considerando-se a *tutoria clínico-escolar* como vetor, constata-se prioritariamente níveis satisfatórios de aprendizado pedagógico e social, com atividades perceptivas e sensoriais já conquistadas, mas com dificuldades em relações mais abstratas. Destarte, identifica-se ainda um marcado comprometimento no aprendizado dos conteúdos atitudinais, enquanto conteúdos conceituais e procedimentais aparentaram estar mais bem assimilados. Com isso destaca-se que a estratégia *tutoria clínico-escolar* auxiliou no desenvolvimento pedagógico e conteudista de D., cumprindo com solicitações e expectativas para a inclusão escolar, mas apresentou carências ou insuficiências no atendimento da perspectiva da pedagogia da relação, haja visto a escassez de recursos para a interação social apresentada pelo sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *tutoria clínico-escolar* vem sendo um recurso utilizado em escolas regulares, particulares, na prática da inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais. Conforme apresentado no presente estudo, tal estratégia afina-se com diferentes linhas teóricas, mas mantém com alicerce estruturante para a prática clínico-pedagógica a teoria de Feuerstein acerca da Experiência de Aprendizagem Mediada (EAM). Através desta intervenção, que tem o tutor como mediador dos estímulos externos, a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais em ambientes regulares de ensino torna-se mais possível, buscando-se facilitar, tanto para o beneficiário da estratégia quanto para a instituição de ensino, o desvelar de um processo mais fluido e harmonioso de inclusão.

O presente estudo teve por objetivo específico verificar, a partir de um estudo de caso, a metodologia e os efeitos da utilização da estratégia *tutoria clínico-escolar* no processo de inclusão escolar de uma criança com diagnóstico de autismo. A partir da análise e interpretação dos resultados, identifica-se que, para este caso clínico, a tutoria apresentou resultados satisfatórios no que se refere ao desenvolvimento educacional e comportamental do sujeito, ampliando seu nível de participação e atividade em seus contextos sociais.

Em consonância com os achados da pesquisa de Elias e Assumpção (2006), os resultados obtidos no presente estudo se harmonizam com a visão de que o indivíduo com autismo pode viver de forma saudável e feliz, independentemente de seus déficits funcionais, apresentando índices de qualidade de vida similar ao de crianças sem deficiência.

Assim sendo, atribuindo-se à tutoria parcela da motivação para tais resultados, pode-se considerar, para o caso clínico pesquisado, que a estratégia apresentou êxito ao ser utilizada como recurso para a inclusão escolar deste sujeito. Sendo este um estudo de caso, nenhuma generalização é exequível; contudo, os bons resultados obtidos indicam um caminho possível e válido para pesquisas de maior porte que identifiquem a aplicabilidade da técnica a outros casos clínicos.

Em suma, observamos a partir das análises apresentadas no presente estudo, a viabilidade da utilização da estratégia *tutoria clínico-escolar* no processo de inclusão escolar do caso pesquisado. Apesar de generalizações não serem possíveis em um estudo de caso, tais resultados nos levam a pensar sobre a aplicabilidade desta estratégia em outros casos de inclusão escolar. Diante disto é possível vislumbrar a inclusão escolar como algo praticável, como requerem os documentos oficiais da legislação brasileira. Todavia, o presente estudo revelou a importância de se ter um profissional devidamente qualificado para a execução desta difícil tarefa de incluir pessoas com deficiência em contextos educacionais regulares. Ademais, tal profissional necessitará de um corpo cooperativo de pessoas dispostas e capacitadas para efetivar esta inclusão escolar. Desta maneira, esta atitude colaborativa e inclusiva deve contagiar os membros da sociedade em geral, extrapolando os muros das instituições de ensino, ambientes clínicos e lares de pessoas com deficiência. A inclusão, escolar e social, deve então ser tida como uma filosofia social e uma prática cotidiana de aceitação e valorização do diferente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrien et al. (2001) Jean-Louis Adrien, Sylvie Roux, Guylène Couturier, Joëlle Malvy, Pascaline Guerin, Sabine Debuly, Gilbert Lelor, Catherine Barthélemy. *Towards a new functional assessment of autistic dysfunction in children with developmental disorder: The Behaviour Function Inventory*. The National Autistic Society, Sage Publications, Ano 3, vol. 5, p.249-264.
- Alves e Barbosa (2006). Denise de Oliveira Alves e Kátia Aparecida Marangon Barbosa. *Experiências Educacionais Inclusivas: refletindo sobre o cotidiano escolar*. Experiências educacionais inclusivas: Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade / Organizadora, Berenice Weissheimer Roth. Brasília : Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006.
- Amaral, Lígia Assumpção (2002). *Diferenças, Estigma e Preconceito: o Desafio da Inclusão*. In: Oliveira, Marta Kohl de, Psicologia, Educação e as Temáticas da Vida Contemporânea (org.). Editora Moderna, São Paulo – SP, Brasil – p. 233-248.
- APA (1980). AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III. 3ª Ed. Ver. São Paulo – SP. Manole.
- _____(2000). AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-IV. 4ª Ed. Ver. São Paulo – SP. Manole.
- _____(2013). AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-V. 5th Ed. Arlington, VA: American Psuchiatic Association.
- Arãos, Susana Maria Mana (1999). *Experiências de Pais de múltiplos deficientes sensoriais – surdocegos: do diagnóstico à educação especial*. Universidade Metodista de São Paulo – Faculdade de Ciências de Saúde. Disponível em <http://www.agapasm.com.br/Artigos/Experiencias%20de%20Pais%20de%20Multiplos%20Deficientes%20Sensoriais%20Sur.pdf>
- Araújo et al. (2008). Cidália Araújo, Emília M. F. Pinto, José Lopes, Luís Nogueira, Ricardo Pinto e Dra. Clara Pereira Coutinho. *Estudo de Caso*. Mestrado em

Educação. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.
Disponível em http://grupo4te.com.sapo.pt/estudo_caso.pdf

Araujo, Eduardo Santana de (2011). *Manual de Utilização da CIF em Saúde Funcional*. Editora Andreoli. ISBN: 978-85-60416-17-2. São Paulo, SP / Brasil.

Arruda, Irene Vicente (2014). *Inclusão de alunos deficientes mentais em escolas regulares: sentidos produzidos por professoras de escolas regulares e especiais*. Mestrado em Psicologia Educacional. Centro Universitário FIEO – UNIFIEO. São Paulo, SP. Disponível em
<http://www.unifio.br/files/pdf/dissertacoes/Dissertacao%20corrigida%20-%2004-05-2014.pdf>

Assali, Andréa Maia (2006). *Inclusão escolar e acompanhamento terapêutico: possibilidade ou entrave?* Psicanálise, Educação e Transmissão, vol. 6, São Paulo. Disponível em
http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032006000100017&lng=en&nrm=abn.

Assumpção e Schwartzman (1995). Assumpção, Francisco Baptista Junior e Schwartzman, José Salomão. *Autismo Infantil*. São Paulo: Memnon.

Bauman, Zygmunt (2002). *Modernidad Líquida*. Fondo de Cultura Económica de Argentina, S. A. Buenos Aires, Argentina. Disponível em
<http://minhateca.com.br/reginaldoosnildo/Documentos/Zygmunt-Bauman+Modernidad+liquida+%28espanhol%29,152249299.pdf>

Bee, Helen (1986). *A Criança em Desenvolvimento*, 3ª edição. Editora Harbras Ltda., São Paulo – SP, Brasil.

Bernal, Marília Penna (2010). *Qualidade de vida e Autismo de alto funcionamento: percepções da criança, família e educador*. Dissertação de Mestrado pelo Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, SP – Brasil. Disponível em
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-09022011-103709/pt-br.php>

Borsa, Juliane Callegaro (2007). *O papel da escola no processo de socialização infantil*. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0351.pdf>.

- Brasil (1989). Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Lei nº 7.853, de 24 de Outubro de 1989*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm.
- Brasil (1994). Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Política Nacional da Educação Especial*. Brasília: MEC/SEESP, 1994.
- Brasil (1996). Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. LDB nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm.
- Brasil (1999). Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Decreto nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
- Brasil (2000, a). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei nº 10.048 de 08 de Novembro de 2000. Dá prioridade ao atendimento às pessoas que especifica e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm.
- Brasil (2000, b). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei nº 10.098 de 19 de Dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm.
- Brasil (2001, a). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 3.956, de 8 de Outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência*. Guatemala: 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm.
- Brasil (2001, b). Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Resolução CNE/CEB nº 2/2001, Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica*. Brasília: MEC/SEESP, 2001. Disponível em <http://www.portalsme.prefeitura.sp.gov.br/documentos/edesp/cne02-01.pdf>.

- Brasil (2002, a). Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CP nº 1/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena.* Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_02.pdf.
- Brasil (2002, b). Ministério da Educação. Secretaria da Educação Especial. *Lei nº 10.436, de 24 de Abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais LIBRAS e dá outras providências.* Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm.
- Brasil (2002, c). Ministério da Educação. *Portaria nº 2.678, de 24 de Setembro de 2002.* Disponível em ftp://ftp.fn-de.gov.br/web/resolucoes_2002/por2678_24092002.doc.
- Brasil (2004, a). Ministério Público Federal: Fundação Procurador Pedro Jorge de Melo e Silva (Orgs.) 2ª ed. ver. e atualiz. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Cartilha: O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular.* Disponível em <http://www.adiron.com.br/site/uploads/File/cartilhaatual.pdf>.
- Brasil (2004, b). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Decreto nº 5.296, de 02 de Dezembro de 2004.* Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.
- Brasil (2005). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Decreto nº 5.626, de 22 de Dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de Abril de 2002.* Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm.
- Brasil (2006). Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos.* Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO. Disponível em <http://new.netica.org.br/prevencao/cartilha/plano-educdh.pdf>.
- Brasil (2007, a). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.* Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf.

Brasil (2007, b). Ministério da Educação e Cultura. *Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf>.

Brasil (2007, c). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 6.094, 24 de Abril de 2007*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6094.htm.

Brasil (2008). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 6.571, de 17 de Setembro de 2008*. Ministério da Educação. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Decreto/D6571.htm.

Brasil (2009, a). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de Março de 2007. Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

Brasil (2009, b). Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Câmara de Educação Básica. *Resolução CNE/CEB nº 4, de 02 de Outubro de 2009*. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf.

Brasil (2010, a). Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf

Brasil (2010, b). Ministério da Educação. *Plano Nacional da Educação (PNE). PL nº 8035/2010*. Disponível em http://fne.mec.gov.br/images/pdf/notas_tecnicas_pne_2011_2020.pdf.

Brasil (2011). Ministério da Educação. *Decreto nº 7.611, de 17 de Novembro de 2011*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11.

- Brasil (2012, a). Governo do Estado de São Paulo e Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Estatuto da Criança e do Adolescente, edição revisada e atualizada 2012*. São Paulo – SP, Brasil.
- Brasil (2012, b). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012, Lei Berenice Piana*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm.
- Brasil (2014). Casa Civil. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei nº 13.005, de 25 de Junho de 2014*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm
- Brasil Escola (2013). *Psicologia do Desenvolvimento*. Goiânia/GO, Brasil. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/psicologia/psicologia-do-desenvolvimento.htm>
- Caldas Sônia (2007). *Autismo Infantil: Abordagem Psicanalítica*. Disponível em http://www.cprj.com.br/download/artigo_sonia_Caldas.pdf em 05/08/2010.
- Capovilla e Raphael (2001). Fernando César Capovilla e Walkíria Duarte Raphael. *Dicionário Enciclopédico Ilustrado Trilingue da Língua de Sinais Brasileira*. São Paulo: USP/Imprensa Oficial do Estado, 2001, v. I: Sinais de A a L e v. II: Sinais de M a Z. S
- Coll et al. (1993). César Coll; Jesús Palacios e Alvaro Marchesi. *Desenvolvimento Psicológico e Educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Vol. 3, ArtMed Editora Ltda, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Custódio, Eda Marconi (2007). *Inserção de avaliação psicológica na saúde: breve relato sobre a experiência brasileira*. In: Siqueira, M. M. M.; Jesus, S. N.; Oliveira, N. B. (org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa*. 1 ed. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007, v. 1, p. 243-256.
- Defensoria Pública (2011). *Cartilha dos direitos da pessoa com Autismo*. Núcleos Especializados da Infância e Juventude, de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito e do Idoso e da Pessoa com Deficiência da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. 1ª Edição – Março de 2011. Disponível em <http://www.revistaautismo.com.br/CartilhaDireitos.pdf>

- Elias e Assumpção (2006). Alessandra V. Elias e Francisco Baptista Assumpção Jr. *Qualidade de vida e Autismo*. Arq. Neuro-psiquiatr. São Paulo, v. 64, n. 2ª, Junho 2006. p. 295-299. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2006000200022&script=sci_arttext
- Ferrari, Marcio (2011). *Aristóteles: o primeiro lógico via na escola o caminho para a vida pública e o exercício da ética*. Educar para Crescer, Ed. Abril. Disponível em <http://educarparacrescer.abril.com.br/aprendizagem/aristoteles-307025.shtml>
- Ferrari et al. (2006) Elenice Ferrari, Margarete Toyoda e Luciane Faleiros. *Plasticidade Neural: Relações com o Comportamento e Abordagens Experimentais*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, v. 17, n. 2, Agosto 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000200011&script=sci_arttext
- Fiamengh e Messa (2007). Geraldo Fiamengh Jr. e Alcione Messa. *Pais, filhos e deficiência: estudos sobre relações familiares*. Psicologia Ciência e Profissão, v. 27, n. 2, p. 236-245. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, SP. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n2/v27n2a06.pdf>
- Freitas, Cristiane [s.d.]. *Rousseau*. Ebah: rede social do campo acadêmico. Disponível em <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAYzEAG/rousseau#>
- Goulart, Áurea Maria Paes Leme (2003). *A avaliação dinâmica do potencial de aprendizagem segundo a teoria da modificabilidade cognitiva estrutural*. In: I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPpPR e II Encontro Paraense de Psicopedagogia de Maringá, 2003, Maringá. Anais do I Encontro Paranaense de Psicopedagogia ABPpPR, 2003, v. 1, p. 1-1.
- Goulart e Assis (2002). Paulo Goulart e Grauben José Alves de Assis. *Estudos sobre autismo em análise do comportamento: aspectos metodológicos*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, vol. 4, nº 2, São Paulo – SP. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200007&lng=pt&nrm=iso.
- Inclusão Já (2013). *Leis e Documentos*. Disponível em <http://www.inclusaoja.com.br/legislacao/>

- Klin et al. (2006) Ami Klin, Katarzina Chawarska, Emily Runin e Fred Volkmar. *Avaliação clínica de crianças com risco de Autismo*. Revista Educação, Ano XXIX, nº1 (58), p.255-297, Janeiro a Abril/2006. Porto Alegre – RS, Brasil. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/433/329>
- Lourenço, Douglas (2012). Hiperlexia. Site da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena. Disponível em http://scbarbacena.com.br/noticias_antigas/2012/dislexila.php
- Maesso, M. C. (1999). *A criança especial e a psicanálise*. Revista Impulso, vol. 36, 139 – 150. Disponível em <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/imp26art09.pdf>.
- Manohari et al. (2013) S.M. Manohari, Vijaya Raman e M.V. Ashak. *Use of Vineland Adaptative Behavior Scales II in children with Autism – An Indian Experience*. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, vol. 9, nº1, p. 5-12, 2013. Disponível em <http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ998639.pdf>
- Marrou, Henri-Irinée (1975). *História da Educação na antiguidade*. São Paulo: E. P. U. / MEC, 1975.
- Mazetto et al. (2011) Camilla Mazetto, Camila Azevedo, Luana Kefalás, Walquiria Pereira, Talita Tavares, Elise Lisbôa, Wanderley Domingues, Maria Clara Nassif. *L'échelle d'Évaluation Fonctionnelle des Comportements Révisée (EFC-R): Étude préliminaire de validation pour la population brésilienne*. Le Bulletin Scientifique de l'Arapi, vol. 28, p. 60-62.
- Mietto, Vera Lucia de Siqueira (2009). *A importância da Neurociência na Educação*. Ceitec eventos, UnC – Universidade do Contestado. Disponível em: http://www.ceitec.com.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=141:a-importancia-da-neurociencia-na-educacao&catid=78&Itemid=494
- Ministério da Saúde (2000). *Autismo: orientação para os pais*. Casa do Autista. Brasília, DF. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_14.pdf
- Oliveira e Drago (2012) Anna Augusta Sampaio de Oliveira e Silvana Lucena dos Santos Drago. *A gestão de inclusão escolar na rede municipal de São Paulo: algumas considerações sobre o Programa Incluir*. Ensaio: aval. Pol. Públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 20, n. 75, p. 347-372, abr./jun. 2012.

- Oliveira, Fabio Alves Gomes de (2011). *Justiça e igualdade em Ronald Dworkin: o leilão hipotético e a divisão igualitária de recursos*. Revista on-line do GT de Pragmatismo e Filosofia Norte-Americana (1984-7157) ano: 2011, vol. 2, ISS. 4, pag. 23. Disponível em http://www.academia.edu/529880/justica_e_igualdade_em_Ronald_Dworking_O_leilao_hipotetico_e_a_divisao_igualitaria_de_recursos.
- Oliveira, Paulo Eduardo de (2012). *Filosofia e educação: aproximações e convergências*. Curitiba: Circulo de Estudos Bandeirantes, Brasil.
- ONU (2006). Organização das Nações Unidas. *Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência*. Disponível em <http://www.acessibilidadeweb.com/luso/Convencao.pdf>.
- Palha, Miguel (2009). *Perscrutando a Síndrome de Asperger: Definição e Características*. Revista Diversidades nº26. Secretaria Regional da Educação e Cultura – Região autónoma da Madeira.
- Petean e Murata (2000). Eucia Beatriz Lopes Petean e Marília Ferreira Murata. *Paralisia Cerebral: conhecimento das mães sobre o diagnóstico e o impacto desse na dinâmica familiar*. Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto – São Paulo. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v10n19/06.pdf>
- Piaget, Jean (1993). *Seis estudos de psicologia*. 19ª Edição. Editora Forence Universitária. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
- Pieri, Pablo Francesco (2002). *Dicionário Junguiano*. Tradução Ivo Storniolo. Bollati Boringhieri Editore s.r.l., Tonino, Itália, em co-edição com Editora Velozes Ltda., Petrópolis/RJ, Brasil.
- Portal Educação (2013). *Neuropsicologia: Funções Cognitivas*. Artigo de Medicina. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/52407/neuropsicologia-funcoes-cognitivas>
- Rede Saci (2000-2013). *Declaração da Guatemala – Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação com as Pessoas com Deficiência*. Disponível em <http://saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=11321>.

- Ron, Regilene Ribeiro Danesi (2011). *Aprendizagem Mediada*. Revista eletrônica de Educação e Tecnologia do SENAI-SP. ISSN: 1981-8270, v. 5, n. 10, jun. 2011.
- Roudinesco, Elisabeth (1944). *Dicionário de Psicanálise*. Elisabeth Roudinesco, Michel Plon; tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão de edição brasileira Marco Antonio Coutinho Jorge. – Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Salend, Spencer J. (2008). *Creating Inclusive Classrooms: Effective and Reflective Practices*. Pearson Education, Inc., 6ª Edição; Upper Saddle River, New Jersey.
- São Paulo (2011). Ministério Público. *Guia Prático: o direito de todos à educação: diálogo com os Promotores de Justiça do Estado de São Paulo*. Ministério Público do Estado de São Paulo, SP: MP-SP, 2011.
- Sarmiento, Solange d'Avila Melo. (2009). *Um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de adultos com limitação intelectual moderada: a (in)sustentável leveza entre autonomia e dependência*. Dissertação defendida no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/Sarmiento_solange.pdf.
- Sasaki, Romeu Kazumi (2002). *Terminologia sobre deficiência na era da inclusão*. Reação – Revista Nacional de Reabilitação, São Paulo, ano V, n. 24, Jan./Fev. 2002, p. 6-9.
- _____ (2010). *Eufenismo na contramão da inclusão*. Reação – Revista Nacional de Reabilitação, São Paulo, ano XIV, n. 74, Maio/Jun. 2010, p. 14-17.
- _____ (2012). *Causa, impedimento, deficiência e incapacidade, segundo a inclusão*. Reação – Revista Nacional de Reabilitação, São Paulo, ano XIV, n. 87, Jul./Ago. 2012, p. 14-16.
- Sereno, Deborah. (2006). *Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva*. Psyche (São Paulo), São Paulo, vol. 10, nº 18, Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200016&lng=pt&nrm=iso.

- Silveira e Simanke (2009). Fernando de Almeida Silveira e Richard Theisen Simanke. *A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault*. Revista de Psicologia, v. 21, n. 1, Jan./Abr. 2009, p. 23-42.
- SNRIPD (2005). Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. *Guia do Principiante: Para uma linguagem comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial de Saúde : Coleção Cadernos SNR nº 19, ISBN: 972-9301-93-X. Lisboa, Portugal.
- Sparrow, Balla e Domenic (1984). Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti. *Vineland Adaptive Behavior Scale. Interview edition. Survey Form*. Circle Pines (MN): American Guidance Service.
- Tafuri, Maria Izabel (2005). *A participação dos pais no tratamento psicanalítico com crianças autistas: Reflexões*. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Tardif e Gepner (2007-2010). Carole Tardif e Bruno Gepner. *L'autisme – 3ª edição*. Armand Colin, Paris, França.
- Tardif, Carole (2010). *Autisme et pratiques d'intervention*. Solal Editeur, Marseille, França.
- Todos pela Educação (2012). *De olho nas metas 2012*. Disponível em <http://www.todospelaeducacao.org.br/comunicacao-e-midia/pecas-de-comunicacao/videos/527/de-olho-nas-metas-2012/>
- Turra, Neide Catarina (2007). *Reuven Feuerstein: Experiência de aprendizagem mediada: um salto para a modificabilidade cognitiva estrutural*. Revista de Educação Educere et Educare, v. 2, n. 4, jul./dez.2007, p. 297-310.
- UNISA (2013). *Aula behaviorismo e cognitivo*. Universidade de Santo Amaro, São Paulo/SP, Brasil. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/psico/Aula-behaviorismo-cognitivo.pdf>

- UNESCO (1998). *Declaração de Salamanca sobre princípios, política e práticas na área das necessidades educativas especiais*. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], Brasil. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139394por.pdf>
- Üstün, T. B. (2006). *The ICF: An Overview*. Organização Mundial de Saúde (OMS). Genebra, Suíça. Disponível em: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/GH-ICF_overview_FINAL_for_WHO.pdf
- Vital, Andréa A. F., Silva, Ani Martins d e D'Antino, Maria Eloisa Famá (2013). *Política Municipal de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva: Um estudo sobre os alunos com Síndrome de Down*. Contribuições para a Inclusão Escolar de alunos com necessidades especiais: Estudos interdisciplinares em educação e saúde no município de Barueri, SP. São Paulo Memnon, 2013.

ANEXOS

**ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP (CEPH.IP)**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Pesquisador: ELISE RIBAS LISBOA

Título da Pesquisa: A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso.

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSICOLOGIA ((USP))

Versão: 2

CAAE: 10938312.5.0000.5561

Área Temática:

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 240.424

Data da Relatoria: 08/04/2013

DADOS DO PARECER

Formato condizente com um projeto de pesquisa, composto por levantamento bibliográfico do tema, objetivos, método e análise de resultados.

Apresentação do Projeto:

Adequados.

Objetivo da Pesquisa:

Contempla a menção a cuidados a serem adotados em caso de desconforto apresentado pelos sujeitos durante a aplicação dos testes. Benefícios: contribuir com o entendimento e discussão acerca de ações inclusivas adotadas na atualidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Objetivos e Metodologia muito bem definidos, com temática atual e relevância para a área clínica e escolar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É apresentado o TCLE para os pais da criança que será sujeito do estudo de caso, cujo procedimento exigirá a aplicação de testes e escalas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Especificar na frase "Quaisquer incômodos que venham a ser gerados pela participação NA

Recomendações:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APLICAÇÃO DOS TESTES: serão respaldados pela pesquisadora sem ônus para os sujeitos envolvidos e/ou seus responsáveis." ao invés de "Quaisquer incômodos que venham a ser gerados pela participação na pesquisa serão respaldados pela pesquisadora sem ônus para os sujeitos envolvidos e/ou seus responsáveis."

O projeto atende às condições para abordagem ética dos sujeitos da pesquisa. Sugerimos apenas revisão ortográfica e mudança na frase citada nas recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende às condições para abordagem ética dos sujeitos da pesquisa. Sugerimos apenas revisão ortográfica e mudança na frase citada nas recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 08 de Abril de 2013

Assinado por:
FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA
(Coordenador)

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS)

Pesquisa: A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso

O presente estudo pretende fazer um breve levantamento das estratégias terapêuticas comumente utilizadas em contextos escolares e discorrer sobre a tutoria clínico-escolar como um método possível para a inclusão escolar de alunos com necessidades especiais. Para tanto, será realizado um levantamento histórico e acompanhamento de casos clínicos submetidos à tutoria clínico-escolar, observando a técnica e os resultados obtidos. Buscar-se-á ilustrar, a partir de casos clínicos, tanto a metodologia quanto os efeitos da tutoria clínico-escolar, observando a adequação do método e os ganhos desenvolvimentais apresentados pelos beneficiários desta intervenção.

Tenho ciência que meu/minha filho(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso a ser realizado na instituição de ensino na qual o mesmo estuda. A participação nesta pesquisa envolverá o acompanhamento e análise dos relatórios elaborados pela equipe técnica e a aplicação de uma bateria de testes, num momento inicial e em outro momento, após um ano letivo de exposição do meu/minha filho(a) à metodologia tutoria clínico-escolar.

Os riscos inerentes à pesquisa são mínimos, tendo em vista que será realizado apenas um levantamento e acompanhamento deste caso clínico submetido à tutoria clínico-escolar, com mínima interferência ou influência por parte da pesquisa e/ou pesquisadora nos procedimentos adotados pela metodologia e/ou pela escola. Quaisquer incômodos que venham a ser gerados pela participação na pesquisa serão respaldados pela pesquisadora sem ônus para o sujeito envolvido e/ou seus responsáveis.

A análise e resultados obtidos neste estudo podem contribuir com o entendimento e discussões acerca de ações inclusivas adotadas na atualidade. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas os dados de identificação do seu/sua filho(a) manter-se-ão rigorosamente em sigilo, respeitando-se e assegurando-se a privacidade dos sujeitos e instituições envolvidas.

Em qualquer etapa do estudo estou ciente que terei acesso à pesquisadora responsável para esclarecimento de eventuais dúvidas relativas à pesquisa e/ou à participação de meu/minha filho(a) na mesma. A pesquisadora responsável é a psicóloga Elise Ribas Lisbôa que pode ser

localizada através da secretaria do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) pelo telefone 3091-4185 ou pelo endereço de e-mail eliselisboa@usp.br.

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e materiais coletados somente para a pesquisa em questão. Demais dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP através do telefone 3091-4185 e/ou e-mail ceph.ip@usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Não há despesas pessoais, nem compensações financeiras para os participantes em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será de responsabilidade da pesquisadora.

Eu, _____
responsável legal de _____

atesto que li as informações acima, recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do presente projeto. Assumo a participação de meu/minha filho(a) e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de benefícios.

Ao assinar este termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma cópia do presente termo me foi dada.

Assinatura do Responsável legal do sujeito de pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXO III - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EDUCACIONAL
CO-PARTICIPANTE

Eu, _____, (cargo) _____, venho por meio desta, formalizar a autorização da coleta de dados para a pesquisa *A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso*, realizada pela psicóloga Elise Ribas Lisbôa, na instituição de ensino a qual dirijo.

Estou ciente de que se trata de uma pesquisa de doutorado, orientada pela Profª. Dra. Eda Marconi Custódio e realizada no Instituto de Psicologia da USP, que investigará o papel da metodologia tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais. Para tanto, será realizado um levantamento e acompanhamento de um caso clínico submetido à tutoria clínico-escolar nesta escola. Tal caso clínico será acompanhado durante três semestres letivos a fim de coletar dados que possam ilustrar, através de análise dos relatórios elaborados pela equipe técnica, os procedimentos adotados e resultados obtidos a partir da tutoria clínico-escolar.

Estou ciente da manutenção da privacidade e da confidencialidade dos dados utilizados na pesquisa, preservando integralmente o anonimato das instituições co-participantes, bem como dos profissionais e dos sujeitos envolvidos. Também estou ciente de que os dados serão utilizados exclusivamente para o projeto de pesquisa em questão.

São Paulo ____ de _____ de _____

ELISE RIBAS LISBÔA
Pesquisadora Responsável

PROF. DRA. EDA MARCONI CUSTÓDIO
Orientadora USP

Representante Responsável pela Instituição Educacional Co-Participante

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CLÍNICA
CO-PARTICIPANTE

Eu, _____, (cargo) _____, venho por meio desta, formalizar a autorização da coleta de dados para a pesquisa *A tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar: um estudo de caso*, realizada pela psicóloga Elise Ribas Lisbôa, na instituição clínica a qual dirijo.

Estou ciente de que se trata de uma pesquisa de doutorado, orientada pela Profa. Dra. Eda Marconi Custódio e realizada no Instituto de Psicologia da USP, que investigará o papel da metodologia tutoria clínico-escolar no processo de inclusão escolar de crianças com necessidades especiais. Para tanto, será realizado um levantamento e acompanhamento do caso clínico submetido à tutoria clínico-escolar Na instituição educacional co-participante. Tal caso clínico será acompanhado durante três semestres letivos a fim de coletar dados que possam ilustrar, através de análise dos relatórios elaborados pela equipe técnica, os procedimentos adotados e resultados obtidos a partir da tutoria clínico-escolar.

Estou ciente da manutenção da privacidade e da confidencialidade dos dados utilizados na pesquisa, preservando integralmente o anonimato das instituições co-participantes, bem como dos profissionais e dos sujeitos envolvidos. Também estou ciente de que os dados serão utilizados exclusivamente para o projeto de pesquisa em questão.

São Paulo ____ de _____ de _____

ELISE RIBAS LISBÔA
Pesquisadora Responsável

PROF. DRA. EDA MARCONI CUSTÓDIO
Orientadora USP

Representante Responsável pela Instituição Clínica Co-Participante