



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

**O PAPEL DO RAPS NA INSERÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO AUTISMO NA REDE PÚBLICA DE ENSINO**

**RAPS 'ROLE IN THE SOCIAL INTEGRATION OF CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER IN PUBLIC EDUCATION NETWORK**

Salvador2014

O PAPEL DO RAPS NA INSERÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMO NA REDE PÚBLICA DE ENSINO

**Janete Rocha Machado
Ludimilla Fonseca**

RESUMO

Esse artigo tem como objetivos sistematizar concepções e características acerca do Transtorno do Espectro Autismo (TEA), especialmente com base nos estudos de Kanner (1943), apresentar abordagens sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), identificações efetivas no processo de avaliação e diagnóstico de crianças com TEA, e demonstrar como procede a Educação Inclusiva no processo de inserção da criança com autismo na rede pública de ensino mediante ações que contemplam as leis segundo a Constituição Brasileira. É uma pesquisa que apresenta metodologia qualitativa já que se trata de um estudo com base nas fundamentações teóricas, entre as quais, as cartilhas do Ministério da Saúde.

Palavras - chave: TEA. RAPS. Rede Pública de Ensino.

RAPS 'ROLE IN THE SOCIAL INTEGRATION OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN PUBLIC EDUCATION NETWORK

ABSTRACT

This article aims to systematize concepts and features about the Autism Spectrum Disorder (ASD), especially based on studies of Kanner (1943), present approaches to Network for Psychosocial Care (RAPS), identify effective actions in the evaluation process and diagnosis of children with ASD, and proceeds to demonstrate how inclusive education in the process of inclusion of children with autism in public schools through actions that include the laws according to the Brazilian Constitution. It is a survey which presents qualitative methodology as it is a study based on theoretical predictions, including the Ministries of Health of the booklets.

Key - words: TEA. RAPS. Public Education Network.

Pesquisadora graduada em Psicologia pela Universidade Jorge Amada (UNIJORGE). Email: jmachado832@gmail.com.

Pesquisadora e orientadora Psicóloga, Mestre Educação e Contemporaneidade. Email: ludimillapsicologia@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na inserção de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), na rede pública de ensino é um estudo teórico que nos traz a reflexão sobre a necessidade de assegurar o atendimento e o acompanhamento especializado às crianças com TEA, dada à necessidade de garantir atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino, conforme o art. 54 da ECA, já que “toda a criança e adolescente têm direito à educação para garantir seu pleno desenvolvimento como pessoa prepara para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.” (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO - DPE, 2001, p.11)

Desse modo, segundo o Decreto nº6949/2009, em 25/08/2009, o Estado Brasileiro reconhece que “as pessoas com deficiência têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência, organizando, fortalecendo e estendendo serviços e programas completos de habilitação”, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais nas instituições públicas que estão disponíveis para todo o amparo. (DPE, 2001, p.11)

De fato, a garantia ao atendimento da criança com TEA é essencial porque este transtorno trata-se de uma inconformidade no desenvolvimento que se apresenta de maneira grave durante toda a vida. É um distúrbio que acomete mais homens que mulheres e até hoje não se tem causas específicas para seu aparecimento. E ainda, os “sintomas são na maioria dos casos muito graves e se apresentam tal como: gestos repetitivos, autodestruição, e até comportamentos agressivos”. Além disso, a fala e linguagem podem se apresentar de formas atrasadas ou até ausentes, e como mais um agravante, as “habilidades físicas reduzidas e um relacionamento anormal frente a objetos, eventos ou pessoas”, são características pertinentes às crianças com autismo. (GAUDERER, 1985).

A Organização Mundial de Saúde define o autismo “como um distúrbio do desenvolvimento, sem cura e severamente incapacitante”. E vale destacar que, sua incidência é de “cinco casos em cada 10.000 nascimentos caso se adote um critério de classificação rigorosa, e três vezes maior se considerar casos correlatos isto é, que necessitem do mesmo tipo de atendimento.” (MANTOAN, 2010, p. 13).

No Brasil, o diagnóstico dos transtornos autistas e a delimitação de seus limites permanecem uma decisão clínica, e “estimativas apontam a prevalência estimada de um a

cada 110 crianças, como autistas, mas, vale destacar, que não há pesquisas oficiais de estimativas sobre a incidência da síndrome no Brasil, segundo dados da ONU”. Todavia, no mundo, acredita-se que haja cerca de mais de 70 milhões de pessoas com TEA. (BUSATO, 2013, p.3)

Por essas razões, a avaliação, o diagnóstico, os devidos encaminhamentos e os cuidados necessários, têm relevância ímpar, visto que representam grandes possibilidades de apoio adequado e eficiente para que estes possam se desenvolver, mesmo que de forma lenta. (MANTOAN, 2010, p.15).

Sendo assim, nesta pesquisa além de considerar estudos sobre Transtornos do Autismo, cuja síndrome é grave, serão consideradas também as especificidades da RAPS e outros serviços de extensão à rede, cujo papel está interligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a assistir e oferecer as possibilidades de acesso, a fim de atender às necessidades das crianças com TEA em seus momentos importantes de vida, inclusive no âmbito escolar continuamente. Então, neste processo de inserção, é essencial validar a política da inclusão escolar, visto que esta busca “perceber e atender às necessidades educativas especiais de todos os alunos, em salas de aulas comuns, em um sistema regular de ensino, de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal de todos.” (DPE, 2001, p.11).

Vale ressaltar, que a inserção da criança com TEA na rede de ensino por meio dos órgãos públicos competentes, não se esgota na ação de encaminhamento restringindo apenas à integração professor X criança com TEA no processo de desenvolvimento social, mas na continuidade do acompanhamento da equipe multidisciplinar que a RAPS dispõe, mantendo o diálogo aberto com os profissionais que atuam na escola.

Ainda sobre a proposta de educação inclusiva, compreender-se-á que a criança com TEA tem o mesmo direito que as demais crianças, visto que “todos os alunos devem ter a possibilidade de integrar-se ao ensino regular, mesmo aqueles com deficiências ou transtornos de comportamento, de preferência sem defasagem idade-série”, pois são amparados por leis regulamentadas. Sendo assim, a escola, deverá “adaptar-se para atender às necessidades destes alunos inseridos em classes regulares”. Para tanto, “requer mudanças significativas na estrutura e no funcionamento das escolas, na formação dos professores e nas relações família-escola.” (DPE, 2001, p.11).

Portanto, diante de tantas discussões que serão aprofundadas nesta pesquisa, a escolha do tema em estudo se deu em razão de considerar um assunto relevante, de modo a

sistematizar fundamentações teóricas em especial as das Cartilhas elaboradas pelo Ministério da Saúde e pela Defensoria Pública do Estado apresentando discussões necessárias de modo a contribuir para a pesquisa científica para estudantes universitários e interessados no objeto de estudo, de modo a ampliarem conhecimentos, visto que mais do que nunca é dever de todos tratar o outro com dignidade e igualdade incluindo-o no meio social. Além disso, trata-se de um tema atual, haja vista muito se discutir a respeito deste assunto no âmbito da mídia e em fóruns universitários sobre a inclusão social, pois, sem sombra de dúvidas, é um direito ao indivíduo e um princípio garantido pela Constituição Brasileira.

Dessa forma, consoante ao que foi realizado neste estudo, pretende-se desenvolver inicialmente neste artigo, enfoques conceituais e características da criança com TEA, em seguida explicitar abordagens sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), identificar ações e métodos para o processo de avaliação e diagnóstico da síndrome, e por fim, apresentar discussões breves sobre a educação inclusiva com enfoque na inserção da criança com TEA na rede de ensino por meio das ações terapêuticas multidisciplinar, e como deve proceder este processo na escola.

Sendo assim, espera-se que este estudo colabore para ampliar conceitos a respeito do autismo, visto que esta síndrome causa muitos distúrbios nas interações sociais e tais distúrbios podem ser observados já no início da vida.

2. AUTISMO: CONCEPÇÕES E CARACTERÍSTICAS

É sabido que o autismo é um “Transtorno Global do Desenvolvimento”, atualmente, denominado de Transtorno do Espectro Autista (TEA), cujas características estão relacionadas por “alterações significativas na comunicação, na interação social e no comportamento da criança.” Essas alterações geralmente, conduzem a “importantes dificuldades adaptativas e aparecem antes dos 03 anos de idade, podendo ser percebidas, em alguns casos, já nos primeiros meses de vida”, e, infelizmente, as causas deste transtorno ainda não estão claramente identificadas, porém existem estudos que comprovam que “o autismo é mais comum em crianças do sexo masculino e independente da etnia, origem geográfica ou situação socioeconômica.” (VIEIRA, 2011, p. 2).

Infelizmente, o TEA por afetar o desenvolvimento da criança de várias maneiras e intensidades é considerado de extrema gravidade, e o termo *Autismo* deriva do grego, visto que a palavra “autos” quer dizer “si mesmo”, e a palavra “ismo” representa “disposição”.

Segundo o Ministério da Saúde (2013, p. 33), o autismo ou transtornos mentais, não se definem por uma causalidade, mas por uma expressão clínica mental, por alterações da experiência subjetiva e do comportamento que se manifestam independentemente das causas subjacentes, sejam estas biológicas, psicológicas ou sociais. E por se tratar de uma expressão clínica, pesquisadores adotaram o termo “transtorno” em vez de “doença”, visto que este último termo pressupõe uma etiologia ou patofisiologia biológicas conhecidas, o que não é o caso da maioria dos transtornos mentais, a exemplo, o autismo.

Crianças com TEA também podem ter comprometimento ou deficiência intelectual, isto é, elas podem apresentar desenvolvimento cognitivo baixo que altera de leve a profundo, e como agravante, podem ter outras doenças como a epilepsia e alterações físicas. Porém, nem todas as crianças com autismo apresentam deficiência intelectual, inclusive algumas já apresentaram inteligência acima do normal. Mas mesmo apresentando inteligência acima do normal essas crianças são consideradas pessoas com deficiência, ou com defeito congênito pelo motivo de demonstrarem algumas limitações que podem impedir sua participação plena e efetiva na sociedade.

Desse modo, o problema das estruturas e dos comportamentos patológicos no indivíduo tem uma dimensão enorme, pois a pessoa que tem um defeito físico congênito, como o autismo, “levanta inumeráveis problemas que remetem ao conjunto das pesquisas anatômicas, embriológicas, fisiológicas, psicológicas”, razões essas que os remete a reflexões sobre como a criança com defeito congênito que compromete sua participação autônoma na sociedade, pode ser inserida no meio social, especialmente na rede pública de ensino, cujo aprofundamento será mais adiante. (CANGUILHEM, 2009, p. 10)

Vale destacar, que estudos sobre a origem do *autismo*, advêm das pesquisas do psiquiatra Pouller (1906), cujo sinal descritivo era restritamente o isolamento. Porém, a reformulação do termo foi da responsabilidade de Kanner (1943), que descreveu a síndrome com o mesmo sinal clínico de isolamento, mas detalhou estudos sobre outras características que foram observadas.

Então, quatro anos antes dos estudos de Kanner sobre a reformulação do termo, este cientista apresentou as primeiras descrições sobre o que é nomeado de “autismo infantil” ou “transtorno autista”. Dr. Leo Kanner (1943), médico húngaro, que emigrou para os Estados Unidos em 1924, residiu em Baltimore (EUA) e depois assumiu ao cargo de chefe do serviço de psiquiatria infantil no Hospital de Baltimore, cuja experiência lhe rendeu anos de estudos

de observação a crianças com autismo, resolveu descrever a síndrome pela primeira vez, em seu artigo intitulado: “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Mas, além de Kanner, Dr. Hans Asperger (1944), psiquiatra, também foi um estudioso dessa síndrome, e também escreveu um artigo chamado: “Psicopatia Autística na Infância”, cujos estudos descreveram crianças com características semelhantes às descritas por Kanner.

Ainda segundo Kanner (1943 apud BRASIL, 2013, p.20), os sintomas ou sinais do TEA são semelhantes à esquizofrenia, mas para chegar a essa conclusão ele se utilizou da informação de autismo aplicada por Eugen Bleuler e descreveu onze crianças cujo “distúrbio patognomônico” seria a falta de capacidade de se relacionarem de maneira habitual ou normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas, demonstrando interesse em ficar só.

De fato, o autor sinalizou o “isolamento autístico” como um sintoma marcante e que se faz presente na criança desde o começo de sua vida, comprometendo toda a socialização dela, visto que prefere se isolar a interagir com outros, e tal característica sugere um distúrbio congênito, mas foram muitos estudos até comprovar esta tese, e para tanto, foram observados alguns casos, entre os quais, onze crianças da sua pesquisa, conforme foi mencionado, e a maioria delas nas suas diversas manifestações, permaneciam isolados e ainda demonstraram necessidade obsessiva de manter a rotina impecavelmente.

Essa característica, a da obsessão de manter a rotina, segundo os estudos de Kanner (1943), mostra que tudo que vinha do exterior era experimentado por essas crianças como uma “intrusão assustadora”, fato muito curioso, e que explicava as ações estranhas das crianças quando ignoravam o lhes era perguntado. Além disso, a recusa de alimentos quando eram oferecidos e as ações de desespero quando confrontadas com situações inusitadas ou diante de barulhos fortes ou objetos em movimento. No entanto, quando ocorriam ruídos ou movimentos repetidos produzidos por elas próprias, não foram observadas as manifestações de angústia, pois as crianças demonstravam controle sobre a situação demonstrando o desejo obsessivo e ansioso pela manutenção da uniformidade, levando, inclusive, à preferência por tudo que se mostrava repetitivo, rotineiro e esquemático.

Mas, outras ações pertinentes às mudanças causavam estranhamento nas crianças com TEA, como por exemplo, mudanças de residência (mudança de lugar para morar), também na mudança de rotina nos lugares que deveriam passar, nos trajetos por onde passavam na sequência de ações comuns no cotidiano e até mesmo na posição dos objetos da casa quando eram deslocados. Tais mudanças provocavam nas crianças, crises de ansiedade e desespero,

porque o medo da transformação das coisas, ou a “incompletude” as levava, à restrição de sua espontaneidade, bem como à ritualização do comportamento no seu dia-a-dia.

A ritualização conduz as crianças com TEA ao isolamento extremo, porque elas não conseguem interagir com outros, nem mesmo com a família, visto que tal comportamento as induz a negligenciar, ignorar ou recusar o contato com o ambiente, é como se manifestassem indiferença ou certo distanciamento involuntário. Por conta disso, em alguns casos, nas relações de pais e mães com seus filhos com autismo, algumas mães recordaram e relataram que seus filhos pareciam inertes ao contato com seus pais no espaço onde se encontravam, é como se não estivessem acompanhadas, pois a criança com TEA não mostrava uma atitude corporal antecipatória, não inclinava o rosto nem movendo os ombros antes de ser levado ao colo, e uma vez no colo, não ajustava seu corpo ao daquele que o carregava cujo comportamento assemelhava-se a um boneco, sem contato pessoal e sem apresentar transformações.

Também, ocorriam mudanças significativas nas crianças em sua expressão facial e na posição corporal delas, visto que causavam estranhamento aos pais, pois eles mantinham contatos com elas quando as pegava no colo ao chegarem casa. E, mesmo se aproximando ou tentando falar com o filho, os pais percebiam a comunicação escassa e a maior parte desses sinais precoces eram identificados, retrospectivamente, de modo que os problemas na aquisição da fala costumavam ser os primeiros sinais inequívocos de que algo estava errado.

Essa inadaptação para estabelecer relações habituais com o outro no processo do desenvolvimento da fala, causa atraso na aquisição da linguagem, e quando a criança com TEA começa a desenvolvê-la “ocorre uma incapacitação de dar um valor de comunicação.” Então, em alguns casos, para ser entendida, a criança gesticula, e apresenta outras características, a necessidade de manter imutável seu ambiente material, mas dão provas de que possuem uma memória frequentemente notável, bem como, no seu aspecto exterior, possuem “um rosto inteligente e uma aparência física normal.” (BOSA, 2002, p. 167)

Tais características compatíveis à descrição de Kanner, a de que a criança com este transtorno é inapta em “estabelecer relações normais com as pessoas e em reagir normalmente às situações desde o início da vida”, e após avançar mais estudos sobre o assunto, acrescentou outras características pertinentes à síndrome, são elas:

1) extrema dificuldade para estabelecer vínculos com pessoas ou situações; 2) ausência de linguagem ou incapacidade no uso significativo da linguagem; 3) boa memória mecânica; 4) ecolalia; 5) repetição de pronomes sem reversão; 6) recusa de comida; 7) reação de horror a ruídos fortes e movimentos bruscos; 8) repetição de atitudes; 9) manipulação de objetos, do tipo incorporação; 10) físico normal; 11) família normal. (KANNER 1943 apud BRASIL, 2013, p. 13)

Portanto, após vários estudos sobre essas características peculiares do TEA, no ano de 1956, a síndrome passou a ser identificada confirmando a natureza inata do distúrbio, e o autismo passou, desde então, a ser conhecido por diferentes nomes, sendo que este distúrbio foi descrito por variados sinais e sintomas. No entanto, havia uma classificação adotada por meio dos estudos de Kanner sobre os sinais básicos da doença.

Esta classificação está relacionada às características peculiares da síndrome, pois estas podem estar associadas aos fatores genéticos, visto que para Brasil (2013):

O autismo é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica. Embora uma etiologia específica não tenha sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo (anomalia anatômica ou fisiológica do SNC; problemas constitucionais inatos, predeterminados biologicamente). Fatores de risco psicossociais também foram associados. Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes, mas as características de isolamento e imutabilidade de condutas estão sempre presentes. O quadro, inicialmente, foi classificado no grupo das psicoses infantis. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013, p. 15)

Assim, visto que esta “psicose infantil” se constitui um problema com predeterminação biológica, cujo estado mental é considerado grave, tornou-se evidente a necessidade da qualidade da atenção direcionada por meio da assistência psicossocial às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, especialmente as crianças, bem como às suas famílias, considerando-se fundamental inseri-las numa rede especializada em atendimentos para esta demanda.

2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A CRIANÇAS AUTISTAS

Graças a Constituição Federal de 1988 e outras leis do país, os direitos são garantidos às pessoas com TEA, de modo a assegurá-las dos seus direitos e assisti-las efetivamente, a fim de serem inseridas no meio social, uma vez que também, crianças e adolescentes “possuem todos os direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069/90).” (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO - DPE, 2011, p.6).

Além desse amparo da lei, outras instituições públicas de assistência social foram instituídas para atender esta demanda e estão disponíveis para acompanhar crianças com TEA, dentre as quais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual está intrinsecamente relacionada ao Sistema único de Saúde (SUS), pois ela é composta por um grupo de profissionais especializados e ainda, tem a responsabilidade de oferecer diversificadas possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado para compreender e responder às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos de vida.

Vale ressaltar, que a Assistência Social é um direito do cidadão e dever do Estado, a qual é “prestada independente de contribuição, sendo prevista na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei 8.742/93),” e busca garantir o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos e suas famílias, permitindo que todas as pessoas tenham seus direitos assegurados no que diz respeito ao “acolhimento, renda, convivência familiar e comunitária, desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social e sobrevivência a riscos circunstanciais.” (DPE, 2011, p.7).

E conforme já mencionado, as crianças com (TEA) têm os mesmos direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e outras leis do país, que são garantidos a todas as pessoas. Elas também têm todos os direitos previstos dentro das leis específicas para pessoas que tem deficiência, consoante às leis: 7.853/89; 8.742/93; 8.899/94; 10.048/2000; 10.098/2000, bem como os regulamentos internacionais assinados pelo Brasil, a exemplo disso, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Destarte, em razão de assegurar esses direitos às pessoas com autismo, a portaria do Ministério da Saúde (MS), nº 3088, de 23/12/2011, estabeleceu a Rede de Atenção psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo papel é amparar pessoas com transtorno mental, de tal modo, a ampliar e promover o acesso da população a esses serviços de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, considerando o cuidado através do acompanhamento contínuo a essas pessoas.

Visto que a RAPS é parte integrante do SUS, então, ela compartilha de seus princípios e diretrizes, pois se caracteriza como uma rede de cuidados especializados à pessoa com deficiência e se apresenta como rede cuja implantação é “prioritária para o Ministério da Saúde.” Todavia, a RAPS não se restringe a implantação e expansão dos pontos de atenção dessas redes, mas também “a articulação e a corresponsabilidade do cuidado aos usuários, considerando a singularidade de cada história.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013, p.13).

A RAPS também tem por extensão, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo órgão dispõe de serviços estratégicos da RAPS, e tem a importante tarefa de promover a articulação com os serviços de saúde e da rede intersetorial, isto é, entre setores, bairros, visto que tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde no acompanhamento da criança. E por ser intersetorial, fica mais fácil o acesso aos serviços disponibilizados.

O CAPS oferece serviços de referência para o cuidado às pessoas, caracteriza-se como um serviço comunitário que deve atuar de portas abertas, sem impedimentos e barreiras de acesso ou agendamento para dispor de ações de acolhimento, de base territorial, que oferece cuidado às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, visto que se constitui um dos serviços de referência para o cuidado às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, independente de sua idade. Também é função do CAPS oferecer “apoio matricial às Equipes de Saúde da Família e aos pontos de atenção às urgências, apoiando e subsidiando o processo diagnóstico, o acompanhamento direto das situações graves, e se corresponsabilizando pela atenção às urgências”, e ainda oferecendo atendimento qualificado às famílias por meio dos profissionais que atuam no centro. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013, p.102).

É sabido também, que a equipe dos CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, entre os quais, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, clínicos gerais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes sociais, dentre outros, pois estes desenvolvem atitudes laborais a partir de ações de acolhimento a demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com usuários e famílias, e articuladas a Projetos Terapêuticos Singulares, dando suporte às famílias e realizando acompanhamento às crianças com transtornos. Inclusive prestando serviços por meio da emissão de registros, como laudos que poderão ser encaminhados a outros ambientes que a criança frequenta, inclusive a escola, pois estes registros auxiliarão outros profissionais que acompanham a criança. Além disso, a equipe atua com ações interdisciplinares, e abre possibilidades para a atenção à criança por tempo integral ou parcial, visto que a duração do tempo gasto com a criança pode ser necessária para considerando a complexidade das necessidades das pessoas com TEA, e também a intensidade da atenção desenvolvida pelos familiares.

Sendo assim, ponderando sobre a relevância do papel da RAPS com seus serviços estratégicos por meio do CAPS, duas questões tornaram-se claras de modo a assistir

efetivamente crianças com TEA: “a importância da detecção precoce e a necessidade do diagnóstico diferencial.” Sendo que a primeira “se refere a uma melhor definição de sinais, ou ainda, a uma possibilidade de identificação dos mesmos no período em que a comunicação e expressão individual e social começam a se moldar: primeiros meses de vida.” Nesse aspecto, convém uma observação cuidadosa: a da “importância atribuída à dimensão intelectual que se dá em detrimento do estudo da linguagem dessas pessoas, que aparece de forma genérica nos apontamentos sobre comunicação privilegiada para descrever o sintoma básico do isolamento.” Desse modo, faz-se necessária a “definição de indicadores de risco para o quadro, em várias dimensões.” E no que diz respeito a segunda questão para prestar assistência a crianças com TEA, “se refere à construção de protocolos econômicos eficientes de diagnósticos e tratamento, separando os casos de transtornos do espectro do autismo de um quadro geral dos transtornos do desenvolvimento,” e esse procedimento, se apresenta como medida de ajuste à rede de cuidados à saúde nesses casos. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013, p.13).

Então, reafirma-se a potência do cuidado da Rede de Atenção Psicossocial para o acesso qualificado, o que deve incluir esforços de articulações entre as diferentes Redes distribuídas no município que atendem essa demanda. E, para tanto, nas redes onde procedem ao atendimento de crianças com TEA, as classificações diagnósticas são instrumentos valiosos, porque permitem a sistematização da experiência clínica acumulada e das informações obtidas em pesquisa, visto que facilitam a comunicação entre os profissionais e auxiliam no planejamento e na organização da oferta de serviços e tratamentos. No entanto, as classificações devem ser aperfeiçoadas e só adquirem sentido quando utilizadas no contexto de um processo diagnóstico ininterrupto que coloque sempre em primeiro lugar a pessoa, e nunca o seu transtorno.

Por isso, tendo em vista que a RAPS tem a responsabilidade de oferecer as diversas possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado, a fim de compreender e responder às necessidades das crianças com TEA nos seus momentos de vida, não é difícil compreender que esta rede tem todo preparo para acompanhar o processo de desenvolvimento diagnóstico, no qual permite pôr em destaque a pessoa particular, incluindo sua história e características únicas, ministrando o contexto indispensável à compreensão do sofrimento ou transtorno mental de cada sujeito, e ainda, abrindo as possibilidades de diálogo, consoante afirma Brasil (2013):

A história, o contexto e vivências apresentadas pela pessoa com TEA e sua família são fundamentais para o processo diagnóstico e para a construção do seu projeto terapêutico singular (...). Esse processo precisa ser construído junto a uma equipe e discutido passo a passo com a família. A implicação dos familiares durante todo processo diagnóstico e nas diversas intervenções será fundamental para minimizar o choque que acomete uma família com a comunicação de um diagnóstico. (BRASIL, 2013, p. 45, 46)

Portanto, tendo em vista que a RAPS se caracteriza como uma rede que tem a responsabilidade de oferecer variadas possibilidades de acesso terapêutico e diferentes modalidades de cuidado, a fim de amparar, compreender e responder às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos diários, então, é essencial que a equipe que trabalha no processo diagnóstico seja essencialmente multiprofissional, com experiência clínica e que não se esgote à aplicação de testes e exames, porque a variedade de fenômenos comportamental que podem acometer a pessoa com TEA, exige o encontro de uma diversidade de disciplinas, e dessa forma, se faz necessário avaliar a necessidade de outros exames, entre os quais, os neurológicos, metabólicos e genéticos que provavelmente podem complementar o processo de avaliação e diagnóstico.

2.2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO NA CRIANÇA AUTISTA

O procedimento de avaliação e diagnóstico nas crianças com TEA é um processo que deve ser cauteloso, pois se recomenda que os profissionais não se deixem levar por suas primeiras impressões, dada a necessidade de evitar a comunicação precipitada para as famílias sobre uma possível classificação “nosográfica” do seu filho, ou seja, uma classificação com a descrição metódica das doenças, sem que esse diagnóstico seja fruto de um processo cuidadoso e compartilhado com as mesmas. Por isso, é razoável que o processo diagnóstico possa ser conduzido por uma equipe multidisciplinar de maneira a estar com a criança em situações distintas, ou seja, em atendimentos individuais, atendimentos em grupo, atendimentos à família, atividades livres e espaços grupais.

Então, em ações práticas, a priori, o objetivo das atividades planejadas para o desenvolvimento do processo diagnóstico é conhecer a criança sobre a qual a família está preocupada, conhecer a história dela em seus contextos de vida, pois caso contrário, há risco de adiar o início do tratamento. E, para essas ações práticas, entende-se que:

É necessária uma escuta qualificada da família e da pessoa em questão, incluindo: história da vida (dados sobre gestação, nascimento, primeiros anos de vida, marcos de desenvolvimento); configuração familiar (quem mora na casa, laços familiares, relações com amigos, quem se ocupa prioritariamente pelo cuidado); rotina diária (creche, escola ou grupo social, dia a dia, autonomia); história clínica (intercorrências de saúde, hospitalizações); interesses da pessoa e da família de modo geral; queixa da pessoa e/ou da família. (BRASIL, 2013, p.47)

Vale ressaltar, que nas ações da equipe multidisciplinar, a “observação livre” em atividade, dirigida e não dirigida, atividade individual ou em grupo é também um modo possível para o profissional conferir a forma pela qual a pessoa se relaciona com os outros, isto é, observar como a criança se comunica, se ela “apresenta iniciativas ou demandas ao outro e como isso se dá, se há manifestações de interesses compartilhados, em que grau está a necessidade de se comunicar, assim como o conforto de ficar só.” Também, as atividades em grupo “possibilitam verificar as reações a mudanças, a capacidade de se submeter a regras estabelecidas e as formas de lidar ou compartilhar interesses com as demais pessoas.” Dessa maneira é possível constatar a capacidade de realizar atividades coletivas e as respostas a solicitações. (BRASIL, 2013, p.47)

É oportuno examinar se durante o tempo do processo diagnóstico a criança com TEA se “liga” a algum profissional específico da equipe. Esta “aliança” formada é conhecida na Psicologia como transferência, onde analista e analisando estão ambos envolvidos num processo que não pode ser inteiramente consciente mais podem ser transformadores para ambos. Se for o caso, essa pessoa irá contribuir favorecendo toda a adaptação da criança e os essenciais encaminhamentos da situação, porque essa “escolha” da criança poderá ser o “profissional de referência”. Além disso, convém atentar a necessidade de utilizar bem o tempo nos momentos de escuta e acolhimento às famílias durante os primeiros momentos no atendimento, pois o processo de diagnóstico é o momento de início para a construção de um projeto terapêutico, o qual será alinhavado a partir das características específicas da família e não restritamente das dificuldades ou sinais psicopatológicos da pessoa em questão. Eis então, a necessidade de pensar em estratégias ou meios para a inclusão da família e da comunidade no projeto terapêutico. Porém, vale acrescentar que também é oportuna a viabilização de documentação neste processo, pois o registro em prontuário é direito de todos que são atendidos no SUS, então, quando tudo é documentado favorecerá a riqueza dessa construção e, o registro é relevante, pois a família poderá solicitar posteriormente, pois quando a criança ingressar na rede de ensino, os profissionais que atuarem com ela (pedagogos e

psicopedagogos) vão estar ciente do transtorno que a criança tem possibilitando assim a elaboração de estratégias educacionais de modo a atendê-la de modo eficaz.

Mas, além dos profissionais envolvidos no acompanhamento e cuidados com crianças com TEA, os quais registram os ciclos de vida da criança e o acompanhamento, a família também pode registrar e “avaliar” seus filhos por observá-los em qualquer lugar que estejam, pois ao identificar sinais suspeitos de autismo, algumas crianças com intensidade e gravidade diferentes desses sinais, podem manifestar atitudes estranhas e essas podem ser percebidas no ambiente familiar, social e escolar, visto que se manifestam em qualquer ambiente que a criança esteja e nas relações com outras pessoas, haja vista, ser nessas relações um contato que não desperte o interesse dela. E essas informações podem ser compartilhadas com os profissionais que acompanham a criança nos momentos terapêuticos.

Porém, sabe-se que, em muitas situações com a família, a criança age como se não escutasse, pois não responde ao ser chamada pelo próprio nome, e também, “o contato visual com outras pessoas é ausente ou pouco frequente”. Também, a criança apresenta dificuldades na fala ou não a usa, “tem dificuldades em compreender o que lhe é dito e também de se fazer compreender”, tanto que as “palavras ou frases podem ser repetidas no lugar da linguagem comum (ecolalia)”, e os movimentos repetitivos “(estereotípias)” podem surgir, inclusive quando ela desejar algo, naturalmente vai expressar seu desejo fazendo gestos, apontando, não usando a fala, mas poderá “utilizar pessoas como meio para alcançar o que pretende.” (BORCHARDT, 2011, p. 3).

Também, a criança com (TEA), pode não expressar envolvimento afetivo, por evitar colo dos pais, afagos ou outras manifestações de contato físico, e em alguns casos, apresentar crises de agressividade ou auto agressividade por se mutilar ou se debater, mas os pais não devem se desesperar ao perceber esses sinais, e fará bem por identificar esses sintomas de modo a registrá-los e relatá-los aos profissionais que acompanham a criança com autismo infantil.

Sendo assim, a partir desses sinais identificadores, os pais podem contar com os serviços que o RAPS dispõe. Embora não exista um padrão de atendimento específico para os casos de crianças com TEA, existem meios de atendimento, pois “diagnósticos e encaminhamentos são realizados a partir da rede de serviços disponível em cada município.” Inclusive, desde os primeiros dias de vida a criança deve ter acompanhamento médico, e este

pode ser realizado “na rede pública (Unidades Básicas de Saúde), em serviços de convênios ou na rede particular.” (BORCHARDT, 2011, p. 3).

Então, ao encaminhar ao médico, este, ao perceber os primeiros sinais de risco para o desenvolvimento infantil, deve realizar o encaminhamento à criança para avaliação a qual é feita por uma equipe de profissionais especializados no serviço de referência de seu município, no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), cujo órgão é uma extensão da RAPS, porém, outros órgãos públicos como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Organizações especializadas (ONGs), Instituto de Organização Neurológica da Bahia (ION), Associação de Amigos Autista da Bahia (AMA-BA) e outros órgãos de serviços públicos também estão disponíveis para o atendimento desses casos.

A intervenção precoce após a avaliação cuidadosa pela equipe de profissionais é essencial e pode fazer uma grande diferença no desenvolvimento da criança, de modo a ser significativa, inclusive no processo de inserção na rede pública de ensino quando esta estiver na idade de frequentar à escola. Porém, chegar a um diagnóstico de autismo não é uma atividade simples, porque os Transtornos do Espectro Autista não são muito conhecidos, são variados e não existem exames determinados para identificá-los.

Vale ressaltar, que neste processo de avaliação, é preciso ter cuidados especiais em relação aos bebês e crianças pequenas, visto que não é adequado realizar previsões definitivas sobre o futuro dessas crianças, pois elas estão em desenvolvimento e certamente, muita coisa ainda pode acontecer. Porém, identificar os chamados sinais, sintomas ou traços autistas o quanto antes, é essencial a fim de ser possível realizar as intervenções precoces, como por exemplo, IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil I), desenvolvido a base dos estudos de Kupfer (2009), criado e validado por um grupo de especialistas brasileiros, composta por 31 indicadores, dirigida a idade mãe (ou cuidador) do bebê. Além deste indicador específico TEA, outros procedimentos também devem ser utilizados para descartar outras patologias.

Inclusive, os exames auditivos e os visuais, são realizados para descartar outras patologias semelhantes à TEA. No entanto, conforme já mencionado, é essencial realizar uma avaliação cuidadosa e completa na criança, a fim de chegar a um diagnóstico, que deve ser feito por uma equipe especializada, visto que, por certo, vai precisar de um tempo para “observar o comportamento da pessoa, analisar sua história de vida e o desenvolvimento de suas relações sociais.” (DPE - SÃO PAULO, 2011. p. 4).

Na verdade, não existe um teste médico específico para o diagnóstico de autismo, porque os sintomas variam, as vias para a obtenção do diagnóstico também variam. E, em algumas crianças bem pequenas são identificados atrasos no desenvolvimento, e isso não significa que a criança tenha autismo. Por isso, para fazer o diagnóstico requer cuidados especiais dos profissionais habilitados que acompanham crianças com TEA, e estes realizam a intervenção precoce ou serviços de educação especial em crianças que apresentam sinais suspeitos, mas são cautelosos no que tange a previsão definitiva da doença. Esses profissionais têm como base “a história de vida do paciente, no comportamento observado em diversas situações e em testes educacionais e psicológicos.” (MASAO, 2013, p.2).

No entanto, ainda que seja necessária a devida cautela quanto ao diagnóstico definitivo do TEA em bebês e crianças, estudos mostram que:

Evidências recentes sugerem que os primeiros sinais do autismo podem ser vistos em crianças bem novas, com 8 a 10 meses de idade: podem ser mais passivas, mais difíceis de acalmar ou não reagem quando alguém chama seu nome. Algumas crianças com autismo apresentam, por volta de um ano de idade, prejuízos de orientação ao estímulo social (ex: orientação social, de atenção compartilhada, de interação social e de antecipação, de balbuciar, de gestos, de pronúncias de palavras e de imitação). Alguns desses primeiros sinais podem ser notados pelos pais, outros podem apenas ser observados com a ajuda de um clínico especialista. (MASAO, 2013, p. 2).

Sendo assim, ainda segundo o autor supracitado, a partir da avaliação desses primeiros sinais na criança de pouca idade, o diagnóstico do TEA, baseia-se, atualmente, “nos critérios internacionais propostos pelo CID (Classificação Internacional de Doenças) e pelo DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)”.

No que diz respeito a uma explicação mais detalhada sobre avaliação e diagnóstico, o Ministério da Saúde (MS) aborda que esses dois procedimentos para identificar o TEA continuam essencialmente clínico, haja vista ser “realizado a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores, o que torna o uso de escalas e instrumentos de triagem e avaliação padronizados uma necessidade.” E dentre os instrumentos de triagem e de avaliação do TEA, se faz necessário reconhecer e diferenciar que alguns desses são para identificação, já outros, paradiagnóstico, a fim de identificar “alvos de intervenção” e monitorar os sintomas ao longo do tempo. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013, p. 29).

É relevante salientar que existem instrumentos de rastreamento e triagem que são úteis para serem aplicados pelos profissionais de diversas áreas. Esses instrumentos detectam sintomas relativos ao espectro, no entanto, eles não “fecham” diagnósticos, mas proveem informações que elevam a suspeita do diagnóstico, sendo necessário o encaminhamento para

que o diagnóstico propriamente dito seja realizado pelo profissional devidamente capacitado para isso. No caso dos Transtornos do Espectro do Autismo, recomenda-se a realização do diagnóstico diferencial.

Para detalhar as especificidades desses instrumentos que são utilizados para o diagnóstico diferencial, dentre àqueles de uso livre para rastreamento/triagem de indicadores clínicos de alterações de desenvolvimento, o Ministério da Saúde (2013), destacou as classificações destes com base nos estudos de Kupfer(2009), pois:

- IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil 1): é instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criado e validado por um grupo de especialistas brasileiros é de uso livre pelos profissionais da saúde. É composto por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em 4 faixas etárias de 0 a 18 meses, para a observação e perguntas dirigidas à mãe (ou cuidador)-bebê. O possível risco para desenvolvimento decorre de indicadores estarem ausentes. (KUPFER et. al., 2009, apud LERNER, 2011)

Sendo assim, consoante aos estudos supracitados, este instrumento de observação é efetivo para a ação de investigação nos primeiros meses de vida da criança. E no que tange a outra modalidade de indicadores clínicos com base nos estudos de Wright e Poulin-Dubois (2011), “os instrumentos de rastreamento/triagem de indicadores dos TEA adaptados e validados no Brasil, apenas o M-CHAT é de uso livre”, pois:

- **M-Chat** (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) é um questionário com 23 itens, usado como triagem de TEA. Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. Como mencionado, é composto por 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. Inclui itens relacionados aos interesses da criança no engajamento social; habilidade de manter o contato visual; imitação; brincadeira repetitiva e de “faz-de-conta”; e o uso do contato visual e de gestos para direcionar atenção social do parceiro ou para pedir ajuda (LOSAPIO e PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011 apud WRIGHT E POULIN-DUBOIS, 2011).

Então, apesar dessa diretriz diagnóstica ser eficaz e possa ser aplicada por qualquer profissional de saúde, “não deve prescindir da participação do médico especialista (psiquiatra e/ou neurologista), acompanhado de equipe interdisciplinar capacitada para reconhecer clinicamente tais transtornos,” cuja equipe deve conter médico, psiquiatra ou neurologista, psicólogo e fonoaudiólogo, sendo cada profissional habilitado dentro de sua área, realizando sua observação clínica no âmbito das Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL.2013, p.36)

Assim, esse aparato profissional nas redes de assistência à saúde faz necessário, visto que é imprescindível que a criança desenvolva capacidades, a fim de construir conhecimentos e desenvolver a autonomia, mas essas competências só poderão ser desenvolvidas na criança com TEA, por meio da educação inclusiva, cuja prática diz respeito à eficiência produzida pelo indivíduo através das ações mediadas pelo professor com a interação do aluno, sem eliminar os apoios terapêuticos, os quais darão suporte paralelo à criança no processo de inserção na rede de ensino.

2.3 EDUCAÇÃO INCLUSIVA: A CRIANÇA COM TEA NA REDE DE ENSINO

O direito igualitário à educação teve começo, em 1990, com a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos, já sugeria conceitos que garantissem “igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrada do sistema educativo”. Porém foi em 1994, com a Declaração de Salamanca, na Espanha, que o plano inclusivo foi mais precisamente esboçado. Essa conferência deu origem ao novo olhar no enfoque do sistema educacional brasileiro por meio de retificações que modificou o texto constitucional e permitiu inclusões importantes na política educativa e que constam na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), no plano Nacional na Educação Básica (2001), cujo estudo determina que o atendimento aos alunos com necessidades especiais deve ser prestado “preferencialmente” pelo ensino regular na rede pública. (DECLARAÇÃO MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO PARA TODOS, 1990 apud FACION, 2008).

Assim, a educação inclusiva, esta regulamentada por lei, cabendo a escola criar estratégias e aparato adequado, para conhecer as peculiaridades da criança com TEA e prover as devidas acomodações físicas e articular o currículo. Além disso, os profissionais que atuarão com essas crianças devem ser habilitados e treinados constantemente, a fim de se manterem atualizados com novas informações. Também é essencial que os profissionais busquem sempre novas informações sobre a criança, especialmente nos apoios terapêuticos advindos da assistência psicossocial. Para tanto, a escola deve preparar-se de modo a atender os diferentes perfis das crianças com TEA, haja vista existir nelas estilos próprios e potencialidades.

Vale lembrar, que nesse processo de busca sobre as informações terapêuticas da criança, a RAPS produz ações de educação inclusiva no processo de acompanhamento contínuo a elas, de modo a oferecer suporte no processo de inserção à rede pública de ensino, elaborar e emitir registros, visto que este processo “compreende uma mudança de concepção política, pedagógica e legal, que tem se intensificado no âmbito internacional, cujos princípios baseados na valorização da diversidade são primordiais para assegurar às pessoas com deficiência”, de maneira a criança ter pleno acesso a educação como direito assegurado pela Constituição Brasileira, em igualdade de categorias com as demais pessoas (APAE, 2014, p.7)

Dessa maneira, a educação inclusiva será efetiva, uma vez que a criança já tenha passado pelos procedimentos diagnósticos necessários, e ainda possa ser acompanhada por profissionais especializados, entre os quais, psicólogos, psicopedagogos, e outros terapeutas que acompanharão a criança no processo de inclusão. Então, a criança será submetida a intervenção educacional, visto que existem alguns tipos de intervenções usuais mais conhecidas, entre estes o Tratamento de Educação para crianças autistas e com distúrbios correlatos da comunicação (TEACCH), cujo tratamento foi idealizado nos anos 60 com a finalidade de ajudar crianças com TEA a chegar a idade adulta com o máximo de autonomia possível, “ajudando na compreensão do mundo que a cerca, através da aquisição de habilidades de comunicação que lhe permitam relacionar-se com outras pessoas.” É um método que utiliza uma avaliação, a qual, leva em conta as potencialidades da criança, isto é, seus pontos fortes, bem como sinaliza as principais dificuldades dela, e que torna viável um programa individualizado. (BRASIL, 2013, p.89)

Sendo assim, em termos práticos, o TEACCH tem como base a organização do ambiente físico, o qual é feito por meio da realização de rotinas que são organizadas em quadros, painéis, agendas sistemas de trabalho, de modo a adaptar o ambiente, a fim de torná-lo mais fácil para a criança com TEA compreendê-lo, bem como compreender o que se espera dela. Também, através da organização do ambiente e das tarefas da criança, este tratamento visa desenvolver capacidades, a exemplo disso, a autonomia da criança, porém ela necessitará do professor para o aprendizado, mas em grande parte de seu tempo, ela se ocupará de forma independente, realizando atividades. Porém, há críticas ao TEACCH, pois, supostamente, ele ‘robotiza’ as crianças.

Já o segundo tratamento de intervenção usual que torna o aprendizado agradável para a criança é a Análise Aplicada do Comportamento (ABA), cujo tratamento comportamental é analítico e tem por objetivo “ensinar a criança a habilidades que ela não possui”. E vale

ressaltar que “cada habilidade é ensinada, em geral, em esquema individual, inicialmente apresentando-a associada a uma indicação ou instrução”. Mas se for oportuno e necessário, é oferecido apoio a criança, contudo, assim que seja possível este apoio é retirado de modo a não tornar a criança dependente dele. (FERNANDES et al, 2012, p.2)

Sendo assim, este tratamento por meio de análise, além de despertar o interesse da criança tornando seu aprendizado prazeroso, ensina a ela a identificar diversos estímulos. Porém, também existem críticas com relação à ABA, pois semelhante à TEACCH, alguns estudiosos concordam que ‘robotiza’ as crianças e é um método que tem alto custo.

Por fim, outro tipo de intervenção usual, que muito facilita na comunicação da criança, cuja habilidade muitas vezes é comprometida por causa do transtorno é o Sistema de Comunicação (PECS), e foi desenvolvido para auxiliar crianças com TEA e com outros distúrbios de desenvolvimento, a fim de adquirir habilidades de comunicação. Este sistema é utilizado especialmente em crianças que não se comunicam ou àquelas que utilizam a comunicação com baixa eficiência. (FERNANDES et al, 2012, p.3)

Dessa maneira, oPECS contribui muito para o desenvolvimento da percepção da criança, pois a ajuda a compreender que através da comunicação, é possível conseguir muito mais rapidamente as coisas que deseja, incentivando-a assim, a comunicar-se.

Porém, os tratamentos psicoterapêuticos e fonoaudiólogos, bem o como a equoterapia, a musicoterapia não devem ser dispensados, pois são consideradas “uma linha formal” e atividades complementares, essenciais para o desenvolvimento da criança com TEA.

Desse modo, essas intervenções possibilitam no atendimento educacional contemplando a inclusão da criança na rede de ensino regular.

Vale acrescentar que essas práticas têm o respaldo da lei, segundo a Constituição Federal Brasileira/88, artigo 205 e 208, o atendimento educacional especializado é um direito, e a “educação é dever do estado e da família, com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa e seu preparo para o exercício da cidadania”.(APAE, 2014, p. 7)

Sendo assim, tendo em vista que a educação é um direito assegurado à criança com TEA, as escolas regulares devem “promover a articulação entre o ensino regular e a educação especial, devem contemplar a organização curricular flexível, valorizar o ritmo de cada aluno, avaliar suas habilidades e necessidades e ofertar o atendimento educacional especializado”.

Além disso, devem promover a participação da família no processo educacional e a interconexão com as demais áreas Intersetoriais. (APAE, 2014, p. 9)

E para tanto, segundo a APAE (2014), a Lei nº 12.764/2012 institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, atendendo aos princípios da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC/2008), bem como ao propósito da “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD (ONU/2006)”, definidos no seu art. 1º, nos seguintes termos:

De acordo com o §2º, do art. 1º da Lei nº 12.764/2012, a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência. Conforme a CDPD (ONU/2006):Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Dentre as diretrizes para a consecução do objetivo da Lei nº 12.764/2012, estabelecidas no art. 2º, destacam-se aquelas que tratam da efetivação do direito à educação: I – a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista; II – a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação; [...]”. (APAE, 2014, p. 11,12).

Dessa forma, segundo a APAE (2014), essas diretrizes estão em perfeita harmonia às diversas ações que a Política Nacional de educação especial objetiva, entre as quais:

Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior; Atendimento Educacional Especializado; Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados de ensino; Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; Participação da família e da comunidade; Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários, equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas voltadas para as ações de cuidados e acompanhamentos por meio da RAPS. (APAE, 2014, p. 13,14).

Assim, a intersetorialidade na gestão das políticas públicas, cujas ações são produzidas pelas RAPS junto as específicas atividades do CAPS é fundamental para a consecução da inclusão escolar, “considerando a interface entre as diferentes áreas na formulação e na implementação das ações de educação, saúde, assistência, direitos humanos, transportes, trabalho, entre outras”, de modo a serem disponibilizadas às crianças com TEA, a fim de propiciar para elas a construção de conhecimentos para práticas educacionais que propiciem o desenvolvimento cognitivo de modo a vislumbrar a perspectiva de igualdade, buscando a garantia dos direitos e superando o “transtorno” maior que é a exclusão.

3.METODOLOGIA

A metodologia utilizada tem como base a modalidade de pesquisa qualitativa, a qual é definida por Gil (1999, p. 42), como “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico” por meio de consultas de literaturas. Com outras palavras, esse método oportuniza momentos de revisão, de aprofundamento de conceitos, de reflexão, de sistematização de experiências advindos dos assuntos abordados.

Sendo assim, foi possível obter resultados neste estudo, por meio desta modalidade de pesquisa, com o objetivo de encontrar discussões científicas sobre o objeto em estudo. Na metodologia qualitativa aplicada foi considerada inicialmente, as literaturas que abordam estudos sobre concepções e características do autismo, com base especialmente nas pesquisas de Kanner (1943), cujo autor elucidou conceitos sobre o isolamento artístico e outros fatores pertinentes ao transtorno com base em estudos e observações a crianças com TEA, decidindo mais tarde, descrever a síndrome em um artigo intitulado ‘Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo’. Também foram consideradas as abordagens sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com base nos estudos registrados na Cartilha Direitos do Autismo elaborada pela Defensoria Pública do Estado (2011), e de forma mais abrangente, nas pesquisas elaboradas pelo Ministério da Saúde (2013) também na modalidade de cartilhas, entre as quais: Autismo Atenção Básica - Ministério da Saúde (2013) e Linha Cuidado Autismo Ministério da Saúde (2013). Quanto as principais literaturas utilizadas para descrever o processo de avaliação e diagnóstico na criança com TEA, foram considerados estudos na cartilha do Ministério da Saúde (2011), os de Bochar (2011) e Masao (2013). E por fim, as literaturas principais que abordaram a educação inclusiva foram: APAE – Escola e Inclusão (2014), A Cartilha Direitos do Autismo elaborada pela Defensoria Pública do Estado (2011) e Fernandes, et al (2012) cujas autoras detalharam a respeito das intervenções usuais. Portanto, este método qualitativo foi enriquecedor, visto que foi possível ampliar conceitos e construir conhecimentos.

4.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passadas todas as discussões neste artigo, que muito acrescentou em termos de conhecimentos e reflexões acerca do importante papel da RAPS na inserção da criança com autismo na rede pública de ensino é possível concluir com toda a propriedade, que é possível interpretar e ter um olhar favorável à Rede de Atenção Psicossocial como “um fio condutor”

entre a criança com TEA e suas relações com o mundo, ou em qualquer ambiente que ela transite, pois, a RAPS cumpre um relevante papel de integração possibilitando cuidados, atendimentos, encaminhamentos, acompanhamentos contínuos, e, sobretudo, ações de avaliação e diagnóstico por meio de uma equipe de profissionais qualificados que desempenham ações multidisciplinares que contribuem muito para o auxílio efetivo às crianças com Transtorno do Espectro Autismo, de modo a apresentar um olhar para elas que sustente a ideia de inclusão e nunca de exclusão.

Do ponto de vista teórico a respeito das concepções e características da síndrome do autismo, ficou claro que não se trata de uma doença, mas de um transtorno mental grave com implicações sérias que comprometem as relações sociais e o processo do desenvolvimento da linguagem, e que os transtornos não são definidos por uma causalidade mental, mas por meio de uma expressão clínica mental.

Também se considerou neste estudo a origem do autismo bem como a reformulação do termo, segundo os estudos relevantes de Kanner (1943), o qual descreveu o autismo como a síndrome com sinal clínico de isolamento, cuja ação também pode levar a criança a obsessão pela rotina, na qual ela se insere sem os contatos sociais de integração.

Quanto às ações de avaliação e diagnóstico, verificou-se que é preciso ter cautela, a fim de não antecipar um diagnóstico precipitado, já que se faz necessário o acompanhamento contínuo de investigação e que não se esgota em apenas um momento ou um contato com a criança com TEA.

Também foram contempladas nesse estudo, as leis que asseguram os direitos da criança com transtorno ou com deficiência mental de modo a possibilitar para ela o atendimento à saúde e o livre acesso à escola, cujo ambiente é propício para a criança a qual precisa estar inserida usufruindo da integração que é tão importante para o desenvolvimento cognitivo e social. No entanto, este ambiente, deve ser adaptado e acolhedor, e o educador também precisa essencialmente, ser competente e deve estar preparado para receber a criança com necessidades especiais, de modo que possa adaptá-la ao contexto escolar, promovendo sua melhor aprendizagem e encaminhando-a se possível, a um(a) psicopedagogo(a) que atua na escola, mediando intervenções para a aprendizagem. E este profissional, poderá manter aberto o diálogo aberto em parceria à rede que conta com a equipe multidisciplinar, em especial, com o psicólogo, a fim de utilizar meios para dar continuidade ao tratamento da criança autista, o

que envolverá os profissionais e a família da criança, de modo a esta ter a possibilidade de viver em sociedade como uma pessoa normal e sendo compreendida em suas diferenças.

Assim, considera-se a RAPS como um meio norteador para as ações de assistência e terapia psicológica, pois proporciona o atendimento qualificado de serviços de acessibilidade, considerando também as diretrizes na perspectiva da política nacional de educação especial sob o foco da Educação Inclusiva, a qual contempla a transversalidade dos níveis de ensino, o atendimento educacional especializado, a formação de professores, a acessibilidade urbanística, a intersetorialidade na gestão das políticas públicas, entre outros, de modo a abrir caminhos para permitir essencialmente, que crianças com TEA possam ‘descortinar mundos’ rumo à autonomia.

REFERÊNCIAS

APAE. **Escola e Inclusão**. Disponível em:

<<http://nadjafavero.wordpress.com/2014/03/18/esclarecendo-a-inclusao-de-criancas-com-tea-na-escola-regular-nota-tecnica-no-15-e-no-24-mec/>> Acesso: 10 set. 2014.

BOSA, Cleonice; CALLIAS, Maria. **Autismo: breve revisão de diferentes abordagens**.

Psicol. Reflex. Crit. V. 13 n. 1 Porto Alegre, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722000000100017&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 19 agos. 2014.

BOSA, C. **Atenção Compartilhada e Identificação Precoce do Autismo: Psicologia, Reflexão Crítica**. São Paulo: Atlântica, 2002, 15(1), 77-88.

BORCHARDT, Priscila. **Estudos Psicopedagógicos do Centro Pró-Autista - 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**.

1^o Edição. São Paulo. Volume Único. 2011.

BRAGA, Gisella Vieira. **Um estudo sobre a Inclusão do educando Autista em escola regular no Município de Manaus**. Amazonas: Departamento de Pedagogia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), 2013, 70 p. Dissertação de Graduação em Pedagogia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.74, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160, p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.74, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BUSATO, Soraya Camata Cevolani. **Transtornos Autistas e a Inclusão Escolar**. Disponível em:<<http://faveni.edu.br/modules/news/article.php?storyid=353>> Acesso: 03 set. 2014.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**; tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do pós-fácio de PiareMacherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

DEFENSORIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cartilha Direitos da Pessoa com Autismo**. São Paulo, 2011.

FACION, José Raimundo. **Inclusão escolar e suas implicações**. 2 ed. rev. E atual. – Curitiba: Ibpx, 2008.

FERNADES, Alisson V; NEVES, João V.A.; SCARAFICCI, Rafael A. **Autismo**. São Paulo: Instituto de Computação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2012, 112 p. Dissertação de Graduação em Psicologia.

GAUDERER, E C. **Autismo e outros atrasos do Desenvolvimento** – Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. São Paulo: Sarvier, 1985.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

MALAVAZI, Gabriela. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos da reforma psiquiátrica. Disponível em: <<http://www.sermelhor.com.br/espaco/centros-de-atencao-psicossocial-caps-como-dispositivos-da-reforma-psiquiatrica.html>> Acesso: 25 ago. 2014.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **A integração de pessoas com deficiência**. São Paulo: Memnon, 2010.

MARINHO, Eliane A. R.; MERKLE, Vânia Lucia B. **Um Olhar Sobre o Autismo e Sua Especificação**. 2009, 600 fls. Dissertação de Mestrado em Psicopedagogia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Paraná.

MOURA, Joviane A. **História da Assistência a Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica a Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <<http://psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>> Acesso: 25 ago. 2014. (ARTIGO: ANO:2011)

PINHEIRO, Roseni. **Integralidade em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acesso: 16 set. 2014. (2009)

_____. **Saúde Mental**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/entrevistas-2/saude-mental/>> Acesso: 25 ago. 2014.

SILVA, ATMC, Barros S, Oliveira MAF. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto**. RevEscEnferm USP 2002; 36(1): 4-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>>

VIEIRA, Fany Aparecida. **Cartilha Direitos da Pessoa com Autismo**. Escola da Defensoria Pública do estado de São Paulo. Núcleo especializado da Infância e Juventude, de Combate à Discriminação. 2011.

WALBERT, Allan. **Saúde mental: transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros**. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>> Acesso: 25 ago. 2014.