

MODELO DENVER DE INTERVENÇÃO PRECOCE PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

DENVER MODEL OF EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Andressa Aparecida Rodrigues **1**
Maísa Miranda de Lima **2**
Jean Pablo Guimarães Rossi **3**

Resumo: Neste estudo, extraído de uma pesquisa em âmbito de graduação em Pedagogia já concluída, tivemos por objetivo compreender a proposta de intervenção precoce baseada no Modelo de Intervenção Precoce Denver para crianças que apresentem o transtorno do espectro autista (TEA). Os resultados alcançados foram obtidos por meio da pesquisa bibliográfica e a realização de uma visita de campo e entrevista de caráter semiestruturado, concedida por uma profissional que têm se dedicado na formação de profissionais para a atuação com o Denver. As discussões deste trabalho evidenciaram que o modelo de intervenção precoce baseado no método Denver, vai ao encontro da necessidade de proporcionar diferentes oportunidades de aprendizagens para a criança com transtorno do espectro autista, proporcionando às crianças que estão no espectro, atividades de rotinas baseadas na ludicidade.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista. Método Denver. Intervenção Precoce. Pedagogia.

Abstract: In this study, extracted from an undergraduate research in Pedagogy already concluded, we aimed to understand the proposal for early intervention based on the Denver Early Intervention Model for children with autism spectrum disorder (ASD). The results achieved were obtained through bibliographic research and a field visit and semi-structured interview, given by a professional who has been dedicated to training professionals to work with Denver. The discussions in this work showed that the early intervention model based on the Denver method meets the need to provide different learning opportunities for children with autism spectrum disorder, providing children on the spectrum with routine activities based on playfulness. .

Keywords: Autistic Spectrum Disorder. Denver method. Early intervention. Pedagogue.

Graduada em Pedagogia pela UCP - Faculdades do Centro do **1**
Paraná.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2267112142054098>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2821-6714>.
E-mail: andressaaparecदारodrigues18@hotmail.com

Graduada em Pedagogia pela UCP - Faculdades do Centro do **2**
Paraná.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0839334808015039>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5340-6504>.
E-mail: mkdmaisa@hotmail.com

Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da **3**
Universidade Estadual de Maringá (PPE-UEM), Mestre pelo Programa de
Pós-graduação Interdisciplinar Sociedade e Desenvolvimento.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8403751902893496>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5263-7703>.
E-mail: psijejpablo@gmail.com

Introdução

Neste artigo, apresentamos resultados oriundos de uma pesquisa concluída no ano de 2019, vinculada a Licenciatura em Pedagogia da UCP - Faculdades do Centro do Paraná/Pitanga-PR. Nosso objetivo é discutir e disseminar conhecimento acerca do modelo de intervenção precoce para crianças do espectro autista, mais concretamente, sobre o Modelo de Intervenção Precoce Denver. Deste modo, problematizamos: como a intervenção precoce baseada no Modelo Denver, pode auxiliar nas informações e no desenvolvimento cognitivo e social da criança que apresenta o Transtorno do Espectro Autista?

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de investigar mais especificamente a respeito do modelo de intervenção precoce Denver, uma vez que são poucos os estudos a respeito do mesmo. Ainda hoje, não temos argumentações que justifiquem uma causa exata do autismo e quais os motivos de seu surgimento, mas muito se pode observar desde os primeiros casos identificados. Os autores Silvia, Gaiato, Reveles, (2012) classificam que: “o conhecimento atual sobre autismo é fruto de uma parceria que costuma dar certo: pesquisadores comprometidos e pais que dedicam suas vidas a zelar por seus filhos” (SILVIA, GAIATO, REVELES, 2012, p. 5).

Atualmente, existem alguns métodos que vêm sendo utilizados para o tratamento do autismo, entre eles podemos citar o ABA, *Applied Behavior Analysis*, ou Análise Comportamental Aplicada, o TEACCH, *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children* ou Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relacionados com a Comunicação e o ESDM, *Early Start Denver Model*, que em português significa Método de Intervenção Precoce Denver, cuja importância está relacionada ao trabalho que vem sendo realizado acerca de 35 anos pela Doutora Sally J. Rogers, em companhia de Geraldine Dawson, e juntamente com uma equipe de profissionais qualificados (ROGERS; DAWSON, 2014).

Ao observarmos a grande lacuna existente sobre o TEA, buscamos elaborar esta pesquisa com o intuito de desenvolver discussões pertinentes para que possa ser utilizada, ou que de algum modo, se torne material de consulta para pais e professores, e para a sociedade como um todo. Assim, acreditamos que este trabalho tem como foco a ênfase na disseminação do conhecimento sobre autismo e o Modelo de intervenção precoce Denver.

Estruturalmente, o trabalho divide-se em três seções. Na primeira, abordaremos uma breve parte da história do autismo, pois esta tem um vasto caminho percorrido. Assim sendo, será apresentado sobre a primeira aparição do termo autismo, por Eugen Bleuler, até sua repercussão atualmente, para observarmos como o percurso do autismo teve muitas modificações. Tendo em vista que até hoje, é um transtorno que intriga os pesquisadores, pois não se tem ainda a causa exata sobre como o autismo surge no ser. Na segunda seção, argumentaremos sobre o modelo de intervenção precoce Denver, expondo como esse método foi estudado durante ano, como é estruturado, por quais profissionais pode ser realizado e quais os benefícios oriundos da aplicação deste método.

Por fim, na terceira seção será feita uma relação de como deve ser feita a atuação do professor/pedagogo com alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), pois muitas vezes estes profissionais não sabem como proceder diante de alunos nessa condição, não sabe a melhor maneira de incluí-lo, ou de como se dará o processo de ensino e aprendizagem. A necessidade de serem aprimoradas as práticas pedagógicas e de os professores/pedagogos receberem mais formações sobre assuntos dessa grandeza, torna-se fundamental. Para tanto, apresentaremos a visita de campo que realizamos no Centro Infantil Multidisciplinar de Intervenção Precoce (CIMIP), localizado no município de Campo Mourão, Paraná. A instituição é especializada no tratamento de crianças autistas por meio do Método Denver. Além disso, também apresentaremos a transcrição da entrevista realizada com a coordenadora da instituição, a qual têm se dedicado na formação de outras profissionais para atuação a partir do Denver.

Um breve histórico acerca do TEA

A psiquiatria tardou em identificar distúrbios em crianças. Apenas em 1867, Maudsley, um renomado psiquiatra britânico deste período, abordou em seu livro *Physiology and Pathology of Mind* (fisiologia e patologia da mente), um tópico referente a “insanidade no início da vida”, o qual se configurava um esforço remoto de relacionar sintomas com estado de desenvolvimento (STELZER, 2010).

Em 1908, a preceptora austríaca Heller, relatou a experiência que teve com seis crianças, as quais exibiam um quadro clínico muito suspeito. As manifestações apareciam por volta do terceiro ou quarto ano de vida da criança. Essas crianças tinham diminuição do interesse no ambiente, de socialização, com perda de comunicação e perda de controle esfinteriano (STELZER, 2010). Isso, anos mais tarde, é considerado nos estudos sobre autismo, justamente pelas características e semelhanças que esses sintomas apresentam.

Em suma, a palavra “autismo” vem da palavra grega “autos” e significa: “voltar-se para si mesmo”. A primeira vez que a palavra foi utilizada, se deu por Eugen Bleuler, psiquiatra austríaco, em 1911, para relatar a perda de comunicação social em pacientes acometidos por esquizofrenia (SILVIA; GAIATO; REVELES; 2012). No entanto, autismo para Bleuler não tinha a mesma definição que sabemos na atualidade. Ele trabalhava especialmente com pessoas psicóticas e esquizofrênicas. Tal trabalho resultou na publicação de uma monografia em 1911, sobre esquizofrênicos (KANNER, 1971; STONE, 1999 *apud* STELZER, 2010).

A partir do ano de 1943, o psiquiatra Leo Kanner publicou a sua obra “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, na qual realizou um estudo de observação de onze crianças que apresentavam características do autismo. Kanner utilizou o termo “mãe geladeira”¹, para descrever comportamentos frios das mães dos autistas, responsabilizando as mães pelo surgimento do autismo em seus filhos (SILVIA; GAIATO; REVELES, 2012). Através do estudo de Kanner, este observou e diagnosticou as crianças por meio de uma classificação a qual condizia com o autismo.

A maioria dessas crianças foram trazidas à clínica com diagnóstico de intensa debilidade mental ou de deficiência auditiva. Os testes psicométricos registraram cocientes de inteligência muito baixos, e a falta de reação aos sons, ou resposta insuficiente a estes, confirmaram a hipótese de surdez; mas um exame metucioso demonstrou que o transtorno básico encobria a capacidade cognitiva das crianças. Em todos os casos ele estabeleceu que não havia deficiência auditiva. (KANNER, 1996, p. 720, *apud*, MAS, 2018, p 17.)

Segundo o autor, mediante avaliação, as crianças apresentavam sintomas de surdez, porém a dificuldade estava na capacidade cognitiva, o que não condizia com surdez,

O denominador comum desses pacientes é sua impossibilidade de estabelecer desde o começo da vida conexões ordinárias com as pessoas e as situações. Os pais dizem que eles querem ser autônomos, que se recolhem, que estão contentes quando são deixados sozinhos, que agem como se as pessoas que os rodeiam não estivessem, que dão a impressão de sabedoria silenciosa. As histórias clínicas indicam que há, invariavelmente, desde o começo, uma extrema inclinação à solidão autista, afastando tudo o que do entorno tenta se aproximar deles (KANNER, 1996, p. 720, *apud*, MAS, 2018, p. 17).

1 Mãe geladeira era o termo utilizado para descrever o fato de crianças autistas estarem expostas a mães que demonstravam pouco afeto aos seus filhos (GAIATO; TEIXEIRA, 2018).

Por intermédio do relato do autor, percebe-se que este descreve o comportamento das crianças observadas mencionando as particularidades da fala, a alteração das atitudes destas quando são expostas a novas rotinas ou ambientes, isto é, as peculiaridades na quais estas evidenciam a partir de sua relação com objetos e pessoas.

A princípio, por meio dos estudos de Kanner: “oito das onze crianças desenvolveram linguagem, mas não a empregavam para comunicação com as demais pessoas, não apresentavam, contudo, deficiência mental” (STELZER, 2010 p. 9). Anos mais tarde, perto da década de 70, Kanner tentou contato com seu grupo de onze crianças, as quais foram estudadas, porém só obteve contato com nove delas. Dentre essas nove crianças, apenas duas tiveram algum sucesso profissionalmente e pessoalmente, as demais permaneceram internadas em hospitais para pessoas deficientes, algumas com contato familiar, outras sem nenhum (KANNER, 1971 *apud* STELZER, 2010).

Outro teórico que contribuiu para os estudos foi Hans Asperger. Psiquiatra da Àustria, empregou o termo *Autistic Psychopathy in Childhood*², em um artigo, originalmente em alemão, há aproximadamente um ano após a publicação de Kanner, sem ao menos ter o conhecimento do artigo de seu colega psiquiatra. É de grande espanto que os autores tenham empregado os mesmos termos para a descrição do autismo. Esse trabalho só foi traduzido para o inglês em 1991 (HIPPER, 2003; ZAFEIRIOU, 2007 *apud* STELZER, 2010).

Asperger estudava meninos de intelecto conservado e com desenvolvimento de linguagem regular, mas que, no entanto, exibiam comportamentos próximos ao autismo e habilidades de socialização e fala comprometidas. Ao mesmo tempo, Kanner descrevia que três das suas onze crianças não verbalizavam nada e as outras verbalizavam pouco e com dificuldade na linguagem (HIPPER, 2003; PEARCE, 2006 *apud* STELZER, 2010).

Um outro fator que chamou também a atenção, é a síndrome de Rett, que foi caracterizada sucessivamente, em 1966, na bibliografia alemã, por Andreas Rett, neuropediatra e professor na universidade de Viena, alguns anos após as descrições de Kanner e Asperger. Rett relatou um estudo com 22 meninas que exibiam atrofia cerebral progressiva, com desenvolvimentos estereotipados das mãos e tendência a terem crises epiléticas (TEMUDO *et al.*, 2002 *apud* STELZER, 2010).

Desde a descrição feita por Kanner, o autismo recebeu vários nomes, dentre eles, podemos citar: o autismo esquizofrênico de Bender, 1959; autismos infantus, de Van Krevele (1971); síndrome autista por Wing e desordens autistas por Coleman e Gilberg (RODRIGUEZ-BARRIONUEVO *et al.*, 2002 *apud* STELZER).

Para o teórico Piaget, o autismo estava relacionado aos estágios do desenvolvimento da inteligência. O autor denominava o autismo como o subconsciente, no qual não existia a consciência dos objetivos e dos problemas a serem resolvidos, ou seja, o autista desconhecia a realidade, assim, vivia em seu próprio mundo (STELZER, 2010).

Entretanto, o autismo ainda era visto com um subgrupo relacionado as psicoses infantis, e considerado uma forma de esquizofrenia. O TEA recebeu um reconhecimento diferente da esquizofrenia somente a partir da década de 80, o que resultou em diversos estudos científicos. Assim sendo, o problema passou a ser tratado como um distúrbio do desenvolvimento. A partir do DSM III, o autismo foi separado da esquizofrenia, sendo enquadrado dentro dos transtornos globais do desenvolvimento. Em outras edições, o DSM caracterizava o autismo como: Síndrome de Asperger, Autismo infantil, Autismo atípico, Transtorno Desintegrativo e síndrome de Rett. Somente com a criação da quinta edição foram reunidos todos esses transtornos em uma única classificação: transtorno do espectro autista (TEA) (SILVIA; GAIATO; REVELES, 2012).

Contudo, de todas os transtornos descritos até hoje, nenhum intrigou tanto os pesquisadores e cientistas como o autismo, pois nenhum exame, até o momento, é capaz de diagnosticar as causas desse transtorno. Atualmente, pode se dizer que o autismo passou por várias conceituações e, ainda hoje, recebe diferentes diagnósticos, variando entre transtorno obses-

² “Autistic Psychopathy in Childhood (psicopatologia autista da infância) (HIPPER, 2003; ZAFEIRIOU, 2007 *apud* STELZER, 2010).

sivo-compulsivo, esquizofrenia, deficiência mental, dentre outros. Entretanto, sabe-se que autistas apresentam características próprias manifestadas através de comportamento, repertório repetitivo e estereotipado, dificuldades de linguagem, sendo que tais características podem ser classificadas entre níveis severos e níveis leves. Apesar do autismo já ter sua caracterização, ainda é importante saber que para se chegar a tal diagnóstico, muitos pesquisadores procuram por respostas para definir pessoas autistas (STELZER, 2010).

De acordo com o DSM V, características referentes ao comportamento do transtorno do espectro autista tornam-se evidentes desde a infância. O sintoma mais comum é a falta de interesse em interações sociais no primeiro ano de vida. Portanto, segundo o DSM V, o transtorno do espectro autista pode ser definido como:

[...] Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (DSM V, 2013, p. 72).

Frequentemente, o transtorno do espectro autista envolve atraso no desenvolvimento da linguagem acompanhado por ausência de interesse social, bem como, comportamentos considerados diferentes do padrão nas brincadeiras como, se apossar de brinquedos, mas não utilizá-los. É importante ressaltar que em relação aos padrões repetitivos, a distinção clínica refere-se à intensidade do comportamento, pois em crianças em níveis pré-escolares é difícil diferenciar (DSM -V, 2013).

Sendo assim, para que a criança seja diagnosticada com transtorno autista, se faz necessário apresentar no mínimo seis sintomas referentes a área de interação social, comunicação e comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados (SILVA; MULIK, 2009).

O conceito de autismo

O autismo apresenta várias características diferentes, como socialização limitada, interesses restritos e repetitivos e grande dificuldade de comunicação, sendo denominado por Espectro do Autismo, justamente pelos inúmeros sintomas que apresenta. O TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento e é denominado assim, devido algumas funções neurológicas não se desenvolverem como deveriam (SILVIA; GAIATO; REVELES, 2012).

É importante ressaltar que os sintomas variam e aparecem relativamente antes dos 3 anos, apesar de existirem certas características específicas. O TEA pode variar muito, incluindo indivíduos com deficiência intelectual, como também pessoas com quociente de inteligência média. Além dos sintomas específicos, estes indivíduos podem apresentar outros sintomas como: epilepsia, hiperatividade e distúrbios do sono (OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017).

O autismo afeta algumas áreas principais do cérebro que estão relacionadas com a habilidade social, comunicação verbal e não verbal e inadequações comportamentais. Aqueles na condição de autista, possuem dificuldades de interpretar certos sinais e as intenções de outras pessoas, ou seja, percebem de forma incorreta as situações, como também têm dificuldades em mudar suas rotinas e lidar com o inesperado, apresentam interesses em atividades restritas e repetitivas (SILVIA; GAIATO; REVELES, 2012).

Quanto mais cedo a criança for diagnosticada, melhores resultados serão obtidos com o tratamento, pois a primeira infância é um período de grande plasticidade cerebral³ e mudança, ou seja, crianças que tenham sofrido alguma lesão cerebral, quanto mais precocemente forem

³ Plasticidade cerebral; é o nome dado para referenciar a capacidade adaptativa do sistema nervoso central (SILVA, KLEINHANS, 2006).

estimuladas, maiores serão as chances de recuperação (ROGERS; DAWSON, 2014).

Portanto, o autismo se refere a uma condição neurológica que causa dificuldades no desenvolvimento da linguagem, nos processos de comunicação e na interação social. Pode ser categorizado em grau leve, moderado ou severo, isso vai depender do apoio que o indivíduo necessita em realizar as suas atividades. O autismo não é uma doença e por isso não tem cura, entretanto, seu diagnóstico deve ser realizado precocemente para que se tenham maiores chances no desenvolvimento da criança (MORAL *et al.* 2017).

O Modelo Denver de Intervenção Precoce

Segundo Rogers et al (1996): “O modelo Denver começou nos anos 80 como um programa pré-escolar de apoio ao desenvolvimento para grupos de crianças com PEA⁴, de idades entre os 24 – 60 meses” (ROGERS et al., 1986, HERBISON; LEWIS; PANTONE; REIS, 1986, apud ROGERS; DAWSON 2014 p. 15). Por intermédio do trabalho realizado com o método Denver, foi possível avaliar as principais lacunas que não estavam sendo solucionadas referente ao autismo. Ainda não haviam técnicas que ajudassem a solucionar obstáculos vividos pelas pessoas com autismo, por isso, ainda se apresentavam grandes dilemas na aprendizagem. Tendo isso em vista, foi levado em consideração aplicar a teoria nos primeiros anos de desenvolvimento da criança (ROGERS; DAWSON, 2014).

O ESDM ou modelo de intervenção precoce Denver trata-se de um método de intervenção naturalista no qual se baseia em atividades que envolvem a rotina da criança lembrando um ambiente familiar para crianças que apresentam o transtorno do espectro autista. Envolve um tratamento de 12 a 36 meses e, posteriormente, dos 24 aos 60 meses, desenvolvido com o objetivo de reduzir a severidade dos sintomas do TEA, como também acelerar o conhecimento e o desenvolvimento da criança em todos os aspectos, mas principalmente em áreas mais afetadas como, a cognitiva, social emocional e linguística (ROGERS; DAWSON 2014). Segundo Howlin (2011, p.1),

O modelo ESDM é uma intervenção para crianças pré-escolares, que incorpora estratégias comportamentais, de desenvolvimento e baseadas em relacionamentos dentro de uma estrutura de ensino naturalista. Usada em lares de crianças ou escolas, com pais ou professores como terapeutas primários, a terapia é baseada individualmente e, após avaliações iniciais (para formular objetivos de aprendizagem individualizados), o plano de intervenção pode ser realizado pelos pais sem envolvimento direto de terapeutas externos. Isso também significa que as estratégias terapêuticas podem ser utilizadas durante todo o dia da criança - longas sessões de ensino não são necessárias.

Segundo o autor, o programa viabiliza principalmente a construção de relação com crianças que possui o TEA, inicialmente por meio de atividades que permitem o indivíduo socializar com outras pessoas, a fim de participarem de suas atividades favoritas usando a ludicidade. É necessário atentar-se a escolha da criança, ou seja, trabalhar com o que ela gosta,

O adulto partilha o controle do jogo selecionando que objetos estão disponíveis para a criança escolher, que ações são modeladas e reforçadas, e como são sequenciadas as atividades. Todas as competências de desenvolvimento que podem ser ensinadas através do jogo são ensinadas desta forma: imitação, comunicação receptiva e expressiva, competências sociais e cognitivas, jogos simbólicos e

4 PEA: perturbação do espectro autista (SILVA, 2011).

construtivos, e desenvolvimento da motricidade fina e grossa (ROGERS; DAWSON, 2014, p. 29).

A intervenção precoce surge com a necessidade de proporcionar diferentes oportunidades de aprendizagens, principalmente em crianças que apresentam problemas em seu desenvolvimento. A partir da intervenção, esta pode ter seus sintomas minimizados, devido a sua plasticidade cerebral. Alguns estudos nos relatam que quando uma criança é diagnosticada com transtorno do espectro autista, esta demonstra que quanto mais cedo iniciar uma intervenção, melhores serão os resultados e avanços. Pode-se observar que nas últimas décadas, as intervenções precoces aceleraram a aprendizagem de crianças, como também reduziram a gravidade da linguagem e o comprometimento intelectual (WALLACE, ROGERS, 2010, *apud* ROGERS; VISMARA, 2014).

O método Denver de intervenção precoce, como o próprio nome explicita, tem caráter prematuro, precisamente, para que os resultados possam surgir de forma mais efetiva. Ele é definido com um currículo de desenvolvimento específico, com as competências a serem ensinadas e procedimentos de ensino singulares para que se possa cumprir o currículo. Este pode ser aplicado por uma multiplicidade de profissionais, desde que o profissional tenha formação em Denver sendo aplicado em grupos de terapia ou em casa, por terapeutas ou até mesmo pelos pais em sessões individuais em clínicas. O método possui uma abrangência específica, mas muitas vezes se torna flexível em relação aos diversos contextos de aprendizagem (ROGERS; DAWSON, 2014).

Com base em alguns estudos, podemos aferir que o autismo dificulta as experiências interpessoais, e que, com o passar dos anos, resultam em perdas de oportunidades de aprendizagens sociais. Por isso, o ESDM procura minimizar estes efeitos e aumentar a aprendizagem social, possibilitando à criança uma relação social para que a comunicação interpessoal e simbólica possa ser estabelecida, mediante um ensino intensivo para amenizar e reparar os déficits de aprendizagem. Assim, estes objetivos são alcançados através do currículo do ESDM (ROGERS et al., 2000 *apud* ROGERS, DAWSON, 2014), conforme observamos,

O currículo ESDM está incorporado na checklist e descrição dos itens do currículo do ESDM. Esta checklist lista competências específicas sequenciadas pelo desenvolvimento de domínios que incluem comunicação receptiva, comunicação expressiva, atenção conjunta, imitação, competências sociais, competências de jogo, competências cognitivas, motricidade fina, motricidade grossa e competências de autocuidado. No início da intervenção, os níveis de competências atuais da criança são avaliados com a checklist do ESDM, os objetivos de aprendizagem são então definidos para a criança, projetados para serem adquiridos num período de 12 semanas. No final das 12 semanas, novos objetivos para as 12 semanas seguintes são escritos com base numa nova avaliação com checklist Curriculum (ROGERS, DAWSON, 2014, p. 18).

Portanto, de acordo com os autores, observamos que o método é baseado em uma *checklist*, na qual estão esclarecidos todos os possíveis objetivos a serem alcançados, e, conforme estes vão sendo solucionados, são descritos novos para que a criança alcance-os. Além deste *checklist*, que aborda as individualidades de aprendizagem de cada criança em cada domínio, existem mais três métodos principais para que se possa atingir a individualização no ESDM. O segundo diz respeito as preferências da criança, como os materiais e as atividades a serem utilizadas. O terceiro se refere aos valores familiares, o qual está relacionado com os pais. O quarto método está relacionado às mudanças sistemáticas que o terapeuta pode fazer nos procedimentos de ensino (ROGERS, DAWSON, 2014).

É pertinente ressaltar que o método de intervenção precoce Denver possui procedi-

mentos naturalistas que são embasados em atividades rotineiras e lembram o ambiente familiar, sendo que pode ser aplicado em vários espaços. Inicialmente, o modelo Denver começou como um programa diário de 25 horas semanais, no qual se trabalhava com pequenos grupos de crianças. O ESDM como uma intervenção intensiva é realizado em 20 ou mais horas semanais e é desenvolvido por profissionais capacitados e especializados, em um contexto clínico. Os pais e a criança assistem 1 ou 2 horas de intervenção por semana, bem como o profissional ensina aos pais como implementar o ESDM em casa, durante as rotinas diárias e nas atividades lúdicas. Para esta técnica de implantação do método, é necessário que o profissional que está aplicando a terapia desenvolva objetivos em curto prazo para a criança, como também registre em folhas diariamente, além de transmitir competências e os conteúdos aos pais em sessões semanais (ROGERS, DAWSON, 2014).

O ESDM é destinado a crianças de 7 a 48 meses de idade, sendo que em idade superior ou inferior não é indicado, pelo fato do uso de objetos e da comunicação não verbal não estarem apropriados para outras idades. Portanto, crianças que apresentam o transtorno do espectro autista e que estão acima dos 48 meses precisam de um currículo mais avançado, pois o ESDM necessita que as crianças manifestem interesse em objetos e que sejam capazes de realizar e acabar pequenas ações (ROGERS, DAWSON, 2014), conforme salienta os autores,

O ESDM foi desenvolvido para ser aplicado e supervisionado por profissionais de intervenção precoce, como professores de educação especial, psicologia educacional clínica ou de desenvolvimento, terapia de fala, terapia ocupacional, intervenção ABA, ou outras pessoas que estejam treinadas e supervisionadas por estes profissionais. Qualquer pessoa que utilize o ESDM precisa ter conhecimentos básicos ao nível dos conceitos e práticas destas disciplinas (ROGERS, DAWSON, 2014, p. 40).

Em relação aos objetivos de ensino e aos procedimentos do método, inicialmente cada criança é avaliada de acordo com o currículo. Em seguida, o líder da equipe que está trabalhando com a criança define dois ou três objetivos em curto prazo. Estes objetivos devem ser cumpridos no prazo de 12 semanas e, por meio destes objetivos, os profissionais sabem o que devem continuar trabalhando com a criança. Estas metas são adaptadas de acordo com os resultados durante as sessões, e, no final das 12 semanas, os objetivos são revistos e uma nova avaliação refeita (ROGERS, DAWSON, 2014).

Os planos de ensino são organizados em um caderno de intervenção que apresenta dados da criança, números de telefone, nome dos médicos e anotações do terapeuta. Essas anotações são para o conhecimento dos objetivos e quanto aos problemas ocorridos durante as sessões, bem como estão estabelecidos os objetivos, as análises de tarefas e o registro diário das atividades que devem ser registradas a cada 15 minutos da sessão. Este caderno deve ficar onde a maior parte da intervenção acontece. Se a intervenção é realizada em casa ou é feita na maioria do tempo pelos pais, o caderno de intervenção fica na casa deles. Se a intervenção ocorre em uma clínica, o caderno permanece no centro, pois quem aplica o método deve ter o caderno em mãos durante as sessões (ROGERS, DAWSON, 2014).

O ESDM é trabalhado por uma equipe multidisciplinar que abrange psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, além dos pais que são membros importantes dessa equipe de intervenção (ROGERS, DAWSON, 2014). Entre esses profissionais, é importante que eles estejam cientes em relação a questões éticas, pois é muito comum criar laços com os pais da criança, assim como é comum que os pais criem confiança no terapeuta e comecem a pedir ajuda como, por exemplo, que cuide das crianças. Esse tipo de situação pode interferir nas interações dos profissionais com a família e com a criança, por isso é necessário que haja uma supervisão contínua. (ROGERS, DAWSON, 2014).

O autismo afeta a comunicação, o comportamento social e físico e até mesmo outras questões, como o desenvolvimento motor, dificuldades de aprendizagem, desenvolvimento

intelectual, problemas psiquiátricos e problemas comportamentais, como aversões. Por decorrência de tantos problemas afetarem a criança com TEA, os primeiros profissionais que irão trabalhar com ela encontrarão grandes dificuldades em seu caminho. Por isso, é pertinente que o ESDM seja baseado em atividades que a criança goste de fazer, por exemplo, atividades lúdicas envolvendo objetos, como atividades no chão com carrinhos e blocos lógicos e atividades de mesa, como massinha de modelar, desenhar, pintar e atividades sem objetos, como brincadeiras de rodas, para que possam compreender as contribuições que o método tem a oferecer. (ROGERS, DAWSON, 2014).

Nesse sentido, o profissional não somente atende as demandas, como também acaba entrando no universo da criança por meio da interação e das brincadeiras. Esse tipo de condução e envolvimento é importante para a criança se sentir motivada a brincar e perceber que essa brincadeira não é somente o ato de responder comandos. Ademais, as atividades podem ser feitas na casa da criança com os especialistas, com os pais, como também as terapias podem ser realizadas na escola em prol do aprendizado do aluno autista, envolvendo-a nos ambientes de seu cotidiano (BELIN, 2018).

O Método Denver e sua aplicabilidade: a visita de campo, entrevista e reflexões sobre o papel da escola

No dia vinte e seis do mês de setembro, 2019, tivemos a oportunidade de visitar o CIMIP, que está localizado na cidade de Campo Mourão-PR. Ao chegarmos no local, fomos recepcionadas pela coordenadora do espaço Tania Regina Pasqualin Yona, que nos apresentou o espaço, bem como explicou a função de todos os profissionais, abordando com clareza como os profissionais atendem as crianças através do Método Denver de Intervenção Precoce.

Em nossa visita, pudemos analisar que o espaço possui salas de atendimento separadas para os profissionais, como salas para a psicopedagoga, sala para o terapeuta ocupacional, para o profissional que trabalha com o ABA, salas para atendimento do Método Denver, além de sala de recepção, espaço para reuniões, sala da coordenação, cozinha e uma ampla área com piscina.

Mediante conversa com a coordenadora do espaço, nos informou que a clínica atende 100 crianças, sendo que 30 participam do Método Denver. Conforme já descrito, a clínica conta com profissionais multidisciplinares, o que possibilita as crianças o contato e apoio de vários profissionais, como psicopedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes terapêuticas, os quais atuam com o método Denver, especificamente.

Analisando a atuação dos profissionais, observamos dois casos em que foi adotado o método em análise e que trouxe efeitos positivos para o desenvolvimento dos pacientes. Além disso, tivemos relatos que evidenciaram aspectos positivos na utilização do mesmo. Um desses casos, é com uma profissional da área da psicopedagogia, que estava atendendo uma criança autista de 4 anos e obteve resultados satisfatórios. O paciente estava há um ano recebendo o atendimento e já tinha conhecimento das letras e cores primárias. Assim, percebemos que houve um trabalho significativo da terapeuta ocupacional, uma vez que ela trabalhava com o desenvolvimento motor e cognitivo, motricidade global, coordenação, entre outras funções. O outro caso foi observado nas salas de atendimento do Denver. Observamos uma criança de 2 anos, que havia 5 meses que estava na clínica, não falava e não tinha interação social alguma. Atualmente, essa criança já fala algumas palavras e interage com as pessoas.

Na clínica, as atendentes terapêuticas trabalham com os objetivos definidos, tais como chutar, sentar e dar algum objeto. Quando se pede algo para a criança, é de suma importância que ela cumpra esses objetivos. Em conversa com a coordenadora, ela nos explicou que as crianças que vão a clínica devem permanecer no mínimo 3 horas, o que nem sempre é viável, pois depende muito da situação financeira da família de cada uma.

Ainda, durante as sessões, as atendentes fazem a coleta de dados a cada 15 minutos, avaliando se a criança alcançou os objetivos definidos para aquela sessão, bem como as ses-

sões são filmadas, pois os pais devem ter acesso ao que a criança está aprendendo. Nessa visita, observamos que não se pode usar brinquedos com sons, devido a muitos autistas serem sensíveis, uma vez que é separado a cada sessão os brinquedos ideais para determinado objetivo.

Assim, analisamos que a clínica possui um ambiente acolhedor, que o torna mais próximo do ambiente familiar, ou seja, se assemelha ao da casa da criança. Trabalhando por meio de um olhar naturalístico e por meio da brincadeira, o método Denver vem auxiliando as crianças autistas a se desenvolverem melhor nos diversos contextos sociais.

Figura 1. Sala de atendimento Denver.



Fonte: Acervo da pesquisa

Esta imagem refere-se a uma sala de atendimento Denver localizada no CIMIP. Nela podemos verificar o quanto os objetos e brinquedos são próximos da realidade e da rotina do aluno. Elementos como a casa, armários e prateleiras com brinquedos, são aspectos que trazem conforto, rememoram o ambiente familiar e trazem maior tranquilidade e afabilidade ao paciente. As cores claras transmitem o sentimento de paz, calma e harmonia, visto que indivíduos com TEA têm dificuldades para lidar com poluições visuais e sonoras. Um espaço aconchegante, favorece a aceitabilidade do paciente ao tratamento, uma vez que tende a sentir maior receptividade em um ambiente como este.

Figura 2. Segunda sala de atendimento Denver.



Fonte: Acervo da pesquisa

Esta outra imagem também refere-se a uma das salas de atendimento do CIMIP. Em análise, podemos observar os objetos mais próximos de uma cozinha, como armários, fogão, micro-ondas, bem como demais brinquedos que são utilizados durante as sessões, com a intenção de aproximar o ambiente com o aconchego do lar familiar de cada paciente. As cores azul-claro, rosa-claro, evitam que exista uma poluição visual no ambiente, excluindo a utilização de muitas cores e/ou cores fortes.

A partir da entrevista realizada com a pedagoga e psicopedagoga Tania Regina Pasqualin Yona, que coordena o CIMIP, podemos entender melhor a respeito do modelo Denver. Como veremos a seguir, na ocasião, a entrevistada compartilhou de seus conhecimentos, sua trajetória e sua prática profissional atendendo crianças com TEA por meio do Método Denver. A entrevista foi gravada em um dispositivo de áudio e transcrita na íntegra, por meio da concessão em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo).

Questões da entrevista com Tania Regina Pasqualin Yona

1 – Poderia nos contar um pouco sobre sua trajetória? Como surgiu o seu interesse em trabalhar com o TEA?

Tânia: *Eu fiz pedagogia e psicopedagogia, era funcionária pública até o mês passado, concursada do município, trabalhei durante dez anos, em uma escola municipal, depois fui para a secretaria de educação, na época porque eles estavam com a necessidade de uma psicopedagoga lá, e fiquei dois anos lá. Nesses dois anos que eu fiquei lá fazia parte da equipe multidisciplinar da secretaria, então a gente avaliava todas as crianças das escolas públicas e dos CMEIS, tudo mais... era trabalhado muito a questão do avaliar. E quando eu estava no Florestan, eu fazia avaliação e fazia intervenção com as crianças dentro da área da psicopedagogia.*

2 – Como você conheceu o Método Denver? Como foi sua formação neste contexto?

Tânia: *[...] quando estava na secretaria, conheci o modelo Denver através desse livro, uma colega de trabalho minha esteve no curso no Rio Grande do Sul, então ela trouxe o livro e*

eu me interessei pelo livro, achei muito bacana, com crianças pequenas que sempre me identifiquei muito, aí fui me informar que tinha no Canadá mandei meu currículo, na época eles faziam seleção de currículos, fazem até hoje, eu fui selecionada, e fui, foi assim que eu conheci o modelo Denver. Você faz a formação, depois você tem toda uma supervisão, fiz um ano e meio de supervisão com o Thiago Lopes, quando eu voltei do Canadá. Então a gente tem toda uma despesa grande, para poder terminar essa formação, fiquei durante dez dias lá, então a gente faz a formação, depois tem a supervisão no Brasil, isso na época que eu fiz. Agora já não é mais assim, hoje se você quiser fazer tem que ir para fora, para fazer o Modelo Denver, por que o Thiago faz agora o modelo naturalista, que na verdade é o Denver, só que não pode mais usar pela questão de ele ter se desligado do mind. Pois ele quis ampliar seu trabalho, hoje ele faz um trabalho de excelência, só que ele não dá mais a formação que ele dava, que é o que eu fiz. No Brasil não temos mais um formador do Denver em si, agora se quiser fazer tem que sair do país. Eu estou fazendo a minha certificação com uma canadense, também que mora no Canadá, e tem outras nos Estados Unidos, tem com a própria Selly Rogers.

3– Atualmente, quantas crianças você atende semanalmente/diariamente?

Tânia: Hoje aqui na clínica, temos em torno de umas cem crianças, nem todas estão dentro do espectro, nosso foco principal é crianças dentro do TEA, mas atendemos todas as crianças até doze anos. Mas temos alguns adolescentes que atendemos também, que temos o trabalho da psicopedagoga, temos vários atendimentos, tem TEO, fono, que não necessariamente tenha que ser autista. Nosso objetivo maior é dentro do espectro, mas a gente atende todas as crianças, com todos os transtornos, com dificuldade de aprendizagem, com dificuldades na fala, atrasos motores.

4 – Há quanto tempo você trabalha com o Denver? A partir de sua experiência, quais são os principais efeitos que percebe com este método?

Tânia: Trabalho a dois anos e meio com o Denver já. Os resultados são excelentes, no primeiro mês já tem a mudança, vai conseguindo superar as dificuldades, trabalhamos dentro das competências adquiridas, trabalhamos na manutenção dessas competências, aquelas que ela ainda não tem vamos trabalhando, dentro dos objetivos que esperamos que ela alcance. Cada três meses fazemos um reajuste, então a cada três meses fazemos uma nova avaliação, e fazemos novos objetivos, aqueles objetivos a princípio dos três primeiros meses devem estar já consistentes, pode acontecer de não serem todos cumpridos, mas tentamos fazer ela conseguir todos. Na verdade, a criança que chega para nós pequenas... geralmente se fala - quando se fala em autismo - que essas crianças têm que ser sempre acompanhadas, por que o nosso cérebro está sempre mudando. Temos as podas neurais, a criança tem em torno de um ano e meio tem a poda neural, que é onde a gente tem aquela questão dos neurônios que são utilizados em uma determinada idade, eles são excluídos, para a entrada de novos, e novas sinapses... é uma questão de neurociência mesmo. Então o que acontece, é que muitas crianças começam a desenvolver o autismo, elas já nascem com uma pré-disposição genética e tudo... quando ocorre a poda neural, aquela criança que vem e de repente para, ela falava mamãe, falava papai, olhava, e de repente começa a regredir.

5-Já atendeu alguma criança que ganhou alta do Modelo Denver?

Tânia: Já tivemos, ela ficou só com dificuldades na fala, daí continuou com fono, ela ficou com a gente um ano e meio, chegou para nós com dois anos, ficou até quase quatro anos, daí teve alta, e foi para a fonoaudiologia.

6- Vocês atendem casos de autismo severo?

Tânia: Temos sim, mas a criança sempre avança, por mais que ela tenha um grau severo

ou moderado, sempre adquire novas competências, sempre consegue.

7- Qual seria o grande problema das escolas em relação aos autistas?

Tânia: Uma criança dentro de uma sala de aula sem uma assistente terapêutica, por mais que seja uma inclusão, ela não tem essa inclusão cem por cento. Um professor pode ser o melhor professor do mundo, mas não tem como ele dar atenção para essa criança da forma como ela precisa, ele tem outras quinze ali para atender, são muitas crianças. Temos uma parceria com as escolas, fazemos visitas nas escolas, fazemos orientação para os professores, fazemos esse trabalho, como também a escola tem toda liberdade de vir aqui, se a professora quer vir conhecer como é feito o trabalho aqui...

8- Quais são as principais dificuldades que você vê em relação ao Denver?

Tânia: Acho que é a questão de custo mesmo, atendemos todas as crianças que vem aqui, então eu falo que nós dificilmente deixamos de atender. Financeiramente por que não é barato, se você for pensar, temos um valor aqui bem a abaixo do valor de Denver, porque a gente não deixa de atender, temos de todas as classes sociais. Temos a vaga social, cinco, às vezes seis, não temos um limite. Chegou uma criança aqui que a família não tem condição de pagar, eu atendo. Pago as funcionárias do meu bolso e os pais não pagam nada. Quando o pai tem uma condição um pouco melhor, ele só paga a parte da funcionária, para a clínica não paga nada.

9 – O que você considera que seria o maior diferencial do Método Denver em relação a outras metodologias de trabalho?

Tânia: Comprovação científica, que é o mais importante, idade, precocidade, que é o que mais pega. A precocidade, abordagem que faz com a questão cognitiva, a interação social, este são os diferenciais. O Denver tem uma estrutura muito boa, dá uma abertura para trabalhar com muitas assistentes terapêuticas, em casa, escola, na clínica, este também é um diferencial muito grande, então isso faz a diferença, é muito bom. Então os pais que tem condição de vir aqui, que moram longe, eu posso formar uma assistente terapêutica, ela está na casa e eu estou supervisionando-a todos os dias pelo vídeo, e ela vem uma vez por semana ou a cada quinze dias na clínica. Com o Denver sem ampliar esse trabalho.

10 – Qual a relevância da família neste processo, são bastante participativos?

Tânia: Olha... posso te dizer que tenho sorte, que os pais aqui são muito participativos. Todos têm muito comprometimento, vem em todas as seções. Mas também temos algumas dificuldades, não na questão da participação, mas sim na procura por aprender sobre o método, ler mais, ver vídeos, de ler o livro, alguns pais têm mais resistência.

Refletindo sobre o papel da escola frente a criança autista

A escola torna-se, muitas vezes, o grande desafio para crianças com TEA, por conta de suas lacunas, isto é, por não estar tão bem preparada quanto devia. Faz-se necessário compreender que os diferentes graus de autismo requerem diferentes abordagens de intervenção específicas para cada aluno. Com isso, torna-se fundamental dominar a técnica de aprendizagem de cada criança, visando suas habilidades e adversidades, buscando estratégias que visam a efetivação de uma boa prática de inclusão (SANTA CATARINA, 2018). Como foi destacado por Tania, em nossa entrevista, o trabalho com a criança autista, não deve ser restrito ao espaço clínico, ao contrário, deve também englobar outras instituições, como a própria escola, a fim de que se possa alcançar resultados mais efetivos. Dá-se aqui a pertinência de pensarmos o espaço escolar como potencial no desenvolvimento destas crianças, uma vez que pode atuar em integração com as outras instâncias e colaborar no refinamento dos aspectos cognitivos,

sociais e motores.

Perante essas especificidades, o Ministério da Educação (MEC) busca adequar os currículos com a finalidade de tornar possíveis conteúdos aproximáveis para os alunos,

Pressupõem que se realize a adequação do currículo regular, quando necessário, para torná-lo apropriado às peculiaridades dos alunos com necessidades especiais. Não um novo currículo, mas um currículo dinâmico, alterável, passível de ampliação, para que atenda realmente a todos os educandos. (BRASIL, 2003, p. 34 *apud* SANTA CATARINA, 2018).

Em suma, os professores devem buscar atuar pensando na inclusão, planejando as aulas com muita diversidade, com atividades que atendam às necessidades do aluno com TEA, entendendo que o currículo deve permanecer referente aos assuntos trabalhados pela turma:

[...] Um currículo que leve em conta a diversidade deve ser, antes de tudo, flexível e passível de adaptações, sem perda de conteúdo. Deve ser concebido com o objetivo geral de reduzir barreiras atitudinais e conceituais, e se pautar por uma resignificação do processo de aprendizagem na sua relação com o desenvolvimento humano. (KREPSKY, 2009, p. 55).

O aprendizado das crianças com TEA, não é apenas de responsabilidade do professor do AEE, mas também do professor regente. É essencial que o professor regente conheça as características do aluno, esteja ciente de suas especificações e particularidades, assim, se tornará possível aperfeiçoar propostas educacionais, certas e adequadas aos alunos, conforme observamos,

O atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos estudantes, considerando suas necessidades específicas. [...] Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos estudantes com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela. (BRASIL, 2008, p. 11, *apud* SANTA CATARINA, 2018).

A inclusão de alunos com TEA requer a superação diária de muitas barreiras, pois inclusão não se restringe ao aluno estar apenas matriculado. Caberá a escola adequar seu método de ensino a singularidade de cada um, garantindo uma educação plena. Desse modo, é significativo que os professores estejam aptos a trabalharem com autistas, de modo que desenvolvam os aspectos de socialização e comunicação dos mesmos (FERNANDES; SILVA, 2016). Assim como Tania reiterou durante a entrevista, existem outros aspectos a serem considerados na realidade da criança com TEA, tais como a situação econômica, a resistência dos familiares, o desconhecimento e a própria falta de formação dos docentes. São elementos que interferem direta e indiretamente no desenvolvimento desta criança e que demonstram a necessidade de colocar o tema no centro das discussões de formação, a fim de capacitar, (re)pensar, (re)avaliar e munir os docentes de estratégias pedagógicas.

Não rara as vezes em que se ouve falar de professores que não sabem lidar com alunos que tem TEA, que eles não estão preparados para ensinar crianças dentro do espectro. Assim sendo, é necessário que a escola e o professor busquem conhecimentos e aprendizagens, ampliando suas práticas educativas, para serem capazes de atender as exigências dos alunos com

TEA que estão regularmente matriculados no ensino básico (FERNANDES; SILVA, 2016).

Um dos papéis do pedagogo é de explicitar que o aluno autista possui direitos diferenciados em relação aos demais. Esses direitos encontram-se na *Política Nacional de Educação Especial* na perspectiva da Educação Inclusiva, que traz recomendações a serem feitas com pessoas que possuem algum tipo de transtorno, no ensino (BARBERINE, 2016),

Conforme o art. 54 do ECA é obrigação do Estado garantir atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino, já que toda a criança e adolescente têm direito à educação para garantir seu pleno desenvolvimento como pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho (BARBOSA, 2013, p. 2).

Entretanto, a presença de alunos que possuem transtornos, e que precisam de atendimento educacional especializado na escola, é um dilema para muitas instituições devido a estas não terem conhecimento e experiência com a situação. Isso acaba dificultando a prática pedagógica e o trabalho de intervenção (MATOS; MENDES, 2014 *apud* BARBERINE, 2016).

Por esse viés, reforça-se a necessidade de aprimorar práticas pedagógicas, uso de recursos e, principalmente, promover formações específicas que capacitem professores quanto a este contexto de alunos com TEA. O aluno autista possui certas características que dificultam o ensino e aprendizagem, acarretando em atraso no seu desenvolvimento. Atualmente, faltam abordagens educacionais que o compreenda como um ser social que possui condições de aprender. (BENIN; CASTANHA, 2016).

Neste contexto, o pedagogo tem papel importante ao propor o modelo Denver de intervenção precoce. Estes profissionais devem atuar avaliando as crianças, determinando metas de ensino, supervisionando e orientando as equipes, fazendo registros de dados, etc. Em relação a aplicação do método no contexto escolar, ele deve organizar todo o grupo e promover apoio ao professor do ensino regular, o mesmo que fica incumbido de organizar o currículo e a supervisão dos assistentes em sala. Muitas vezes, o educador especial atua como líder e desenvolve o plano de intervenção da criança, assim como também podem estar ensinando os pais a atuarem com o ESDM. O professor de educação especial necessita cooperar com o professor do ensino regular, quando as crianças estão em transição para novos programas em grupo, isto é, devem agir em conjunto para possibilitarem abordagens adaptadas ao plano de intervenção da criança (ROGERS, DAWSON, 2014).

Considerações Finais

Por meio dessa pesquisa, notamos uma grande defasagem em publicações referentes ao método Denver de Intervenção precoce. Para que a nossa pesquisa fosse concluída, utilizamos como base a obra *Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Mediante as discussões propostas nela, foi possível compreender que apesar do método ser válido e comprovado, ainda no Brasil pouco se fala sobre ele, sendo que encontra-se muitos trabalhos e publicações em língua estrangeira.

Assim sendo, notamos que por intermédio do Modelo Denver, é válida a sua proposição para auxiliar professores em sala de aula, pois age em prol do desenvolvimento cognitivo e social da criança, por meio de um trabalho feito em conjunto entre escola e clínica, onde os profissionais atuam mediando os professores de educação especial e de ensino regular.

Contudo, podemos observar grandes lacunas referentes ao atendimento do aluno autista nas escolas. Observamos também que a maioria dos profissionais nem sempre sabem a maneira correta de trabalhar com o aluno autista, por isso, em nossa pesquisa, ressaltamos a necessidade de que estes profissionais devem buscar novas informações, formações e novas

metodologias para trabalhar com estes alunos.

Referências

ASSOCIAÇÃO PSIQUIATRICA AMERICANA *et al.* **DSM-5: Manual de diagnósticos e estatístico de transtornos mentais.** Artmed Editora, 2014.

BARBERINI, Karize Younes. **a escolarização do autista no ensino regular e as práticas pedagógicas.** Pepsic, São Paulo, v. 1, p.1-10, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072016000100006. Acesso em: 17 maio 2019.

BARBOSA, Ana Claudia Pereira. **O papel do pedagogo na inclusão de alunos com diagnóstico de autismo no ensino regular.** Conic Simesp, Campinas Sp, v. 1, p.1-3, 2013. Disponível em: <http://conic-simesp.org.br/anais/files/2013/trabalho-1000015143.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

BELIN, Lu. **Superspectro: Modelo Denver: Abordagem terapêutica para crianças autistas de até quatro anos,** 27 de fev de 2018. Disponível em: <http://superspectro.com.br/noticia/metodo-denver-abordagem-terapeutica-para-criancas-autistas-de-ate-quatro-anos>. Acesso em 29 de maio de 2019.

BENIN, Wiviane; CASTANHA, André Paulo. **A inclusão do aluno com transtorno do espectro autista na escola comum: Desafios e Possibilidades.** Os Desafios da Escola Pública Paranaense na Perspectiva do Professor Pde, Curitiba, v. 1, p.1-20, 2016. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos/pde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_artigo_ped_unioeste_wivianebenini.pdf. Acesso em: 17 maio 2019.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica.** 4. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1996. p. 209.

FERNANDES, Adriano Higaldo; SILVA, Rosane Gumiero Dias da. Formação do professor para a inclusão do aluno com Transtorno Espectro Autista (TEA) na rede regular de ensino. **Cadernos PDE**, v. 1, p. 1-17, 2016.

GAIATO, Mayra. **S.O.S AUTISMO: guia completo para entender o autismo.** São Paulo: nVersos, 2018. p. 254.

GAIATO, Mayra. **Mayra Gaiato equipe especialista em autismo: Modelo Denver Autismo,** 2018. Disponível em <https://mayragaiato.com.br/wp/modelo-denver-autismo/>. Acesso em: 29 maio 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

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

KREPSKY, M. C. **Deficiência mental.** Indaial: Grupo Uniasselvi, 2009.

MAS, Natalia Andrade. **Transtorno do espectro autista: História da construção de um diagnóstico.** 2018. 103 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-191739/es.php>. Acesso em: 28 ago. 2019.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 204 p.

MORAL, Adriana et al. Entendendo o autismo. **Cartilha Autismo**, São Paulo, v. 1, p.1-32, 2017. Disponível em: <https://www.iag.usp.br/~eder/autismo/Cartilha-Autismo-final.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

RODRIGUES, Leandro. **Instituto itard: Autismo: Método aba ou método teacch?** 31 de março de 2017. Disponível em: institutoitard.com.br/autismo-metodo-aba-ou-metodo-teacch/. Acesso em: 29 maio 2019.

ROGERS, Sally J.; DAWSON, Geraldine. **Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização**. Lisboa: Lidel, 2014. 359 p.

ROGERS, Sally J. et al. **Interventions for Infants and Toddlers at Risk for Autism Spectrum Disorder**. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Fourth Edition, [s.l.], p.1-31, 25 mar. 2014. John Wiley & Sons, Inc. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118911389.hautc29>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781118911389.hautc29>. Acesso em: 17 maio 2019.

SANTA CATARINA. ANA CAROLINA RODRIGUES SAVALL MARCELO DIAS. (Org.). **Transtorno do espectro autista: do conceito ao processo terapêutico**. 20. ed. São Jose- Sc: Fundação Catarinense de Educação Especial, 2018.

SILVA, Maria de Fátima Minetto Caldeira; KLEINHANS, Andréia Cristina dos Santos. **Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down**. Revista Brasileira de Educação Especial, [s.l.], v. 12, n. 1, p.123-138, abr. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382006000100009>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250991036_Processos_cognitivos_e_plasticidade_cerebral_na_Sindrome_de_Down. Acesso em: 28 out. 2019.

SILVA, Joana Sofia Teixeira da. **PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO: FACTORES ASSOCIADOS À IDADE DE DIAGNÓSTICO**. U. Porto, Porto, v. 1, p.1-25, 2011. Disponível em: [/repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62228/2/Perturbaes%20do%20Espectro%20do%20Autismo.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62228/2/Perturbaes%20do%20Espectro%20do%20Autismo.pdf). Acesso em: 22 maio 2019.

STELZER, Gustavo Fernando. **Uma pequena história do autismo**. São Leopoldo: Editora Oikos, 2010. p. 38.

TAMANAHA, Ana Carina et al. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. Rev Soc Bras Fonoaudiol, São Paulo, p.1-4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n3/a15v13n3.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2019.

ZHOU, Bingrui et al. **Effects of Parent-Implemented Early Start Denver Model Intervention on Chinese Toddlers with Autism Spectrum Disorder: A Non-Randomized Controlled Trial**. Autism Research, [s.l.], v. 11, n. 4, p.654-666, 7 fev. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/aur.1917>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aur.1917>. Acesso em: 17 maio 2019.