



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA JÚLIA BARROS DA SILVA MARTINS

**PRODUÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE SAÚDE E EDUCAÇÃO EM
SEXUALIDADE DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

MACEIÓ, ALAGOAS

2024

MARIA JÚLIA BARROS DA SILVA MARTINS

**PRODUÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE SAÚDE E EDUCAÇÃO EM
SEXUALIDADE DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem, Escola de
Enfermagem (EENF), Universidade Federal de Alagoas
como requisito parcial para obtenção do título de
Enfermeira.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivanise Gomes de Souza
Bittencourt.

Coorientadora: Thaynara Maria Pontes Bulhões

MACEIÓ, ALAGOAS

2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

M386p Martins, Maria Júlia Barros da Silva.

Produção de uma cartilha sobre saúde e educação em sexualidade de crianças com transtorno do espectro autista / Maria Júlia Barros da Silva Martins. – 2024.

51 f. : il.

Orientadora: Ivanise Gomes de Souza Bittencourt.

Co-orientadora: Thaynara Maria Pontes
Bulhões.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem)
– Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió,
2024.

Bibliografia: f. 49-51.

1. Transtorno do espectro autista. 2. Criança. 3. Educação sexual. 4. Enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083:159.963.37

Folha de Aprovação

MARIA JÚLIA BARROS DA SILVA MARTINS

PRODUÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) submetido à banca examinadora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovado em 25 de outubro de 2024.



Documento assinado digitalmente

IVANISE GOMES DE SOUZA BITTENCOURT

Data: 12/11/2024 22:32:28-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Orientadora - Prof^ª Dr^ª Ivanise Gomes de Souza Bittencourt



Documento assinado digitalmente

THAYNARA MARIA PONTES BULHOES

Data: 14/11/2024 17:36:48-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Co-Orientadora: Thaynara Maria Pontes Bulhões



Documento assinado digitalmente

INGRID MARTINS LEITE LUCIO

Data: 18/11/2024 14:10:35-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Examinadora Interna - Prof^ª Dr^ª Ingrid Martins Leite Lúcio



Documento assinado digitalmente

RAYSSA FRANCIELLY DOS SANTOS ALVES

Data: 18/11/2024 10:10:58-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Examinadora Externa - Enf^ª Rayssa Francielly dos Santos Alves

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me sustentado e amado em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

Às três mulheres da minha vida – mãe Myrian, mãe Guida e tia Dyne –, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem em todas as minhas decisões, mesmo quando não as compreendiam. Vocês são o que mais admiro e tudo o que desejo me tornar.

À minha família por inteiro, especialmente meus irmãos e sobrinhos, por me ensinarem que família vem antes de qualquer coisa e por sempre serem minha fonte inesgotável de energia.

Ao meu melhor amigo, Arthur, por ter me dito e mostrado que eu mereço o mundo, mesmo o mundo não me merecendo. E por ser a base que me sustenta por todos esses anos e a fonte da minha genuína felicidade.

Ao meu quarteto – Lívia, Bia, Felipe e Dara –, por serem o melhor presente que a universidade me deu e nunca soltarem as minhas mãos em nenhum dia desde que nos conhecemos, e por me fazerem rir até quando queria chorar.

Aos meus amigos de infância, que me ajudaram a ser quem eu sou hoje.

À minha orientadora, Prof^a Ivanise, meu mais profundo agradecimento por ser um exemplo excepcional de profissional. Sua paciência, dedicação e orientação constante não apenas me instruíram, mas também transformaram minhas ideias em realidade, trazendo-as ao papel de forma concreta e inspiradora.

À minha coorientadora, Thaynara, por compartilhar generosamente suas experiências e conhecimentos, enriquecendo minha própria jornada. Sua paciência e dedicação tornaram esse momento mais tranquilo e ainda mais enriquecedor.

Ao meu amado grupo musical, BTS, por servir como trilha sonora de mais essa etapa e nunca me deixar desanimar ou desistir.

À UFAL, por ser minha segunda casa e me permitir sonhar.

E por fim, a cada um dos indivíduos com TEA que eu tive o prazer de conhecer e aprender, espero que mais pessoas dediquem suas paixões a tornar o mundo cada vez melhor para vocês!

RESUMO

Introdução: A saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno do Espectro Autista é uma temática desafiadora, especialmente devido à escassez de bases teóricas produzidas sobre o assunto, reflexo da negligência ou da falta de interesse no tema. Essa limitação torna o processo de ensino-aprendizagem mais complexo, tanto para as crianças quanto para seus familiares e os profissionais envolvidos. **Objetivo:** Descrever a construção de uma cartilha informativa sobre saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno de Espectro Autista. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa metodológica para a construção de um material didático na forma de cartilha digital, em que a abordagem escolhida foi teorizada a partir de uma revisão integrativa de literatura que compreende estudos realizados no período de 2013-2023. As etapas compreenderam: 1. Levantamento de produções científicas sobre saúde e educação em sexualidade da criança com Transtorno do Espectro Autista; 2. Delineamento dos dados obtidos a partir das produções científicas da revisão integrativa; 3. Seleção do tipo de linguagem e recursos gráficos para compor a identidade visual da Cartilha; 4. Produção da cartilha em formato digital e 5. Revisão final do conteúdo da cartilha. **Resultados:** O material foi elaborado através da ferramenta Canva® (www.canva.com), contendo 15 páginas organizadas em elementos pré-textuais (capa, ficha de apresentação da cartilha e dos personagens e sumários), textuais (conteúdo das unidades temáticas) e pós-textuais (folha de conclusão, agradecimentos e referências), utilizando elementos visuais da própria plataforma e do site FlatIcon. A cartilha foi organizada utilizando-se, na parte textual, as seguintes unidades temáticas: 1 - Saúde e higiene íntima; 2 - Mudanças no corpo; 3 - Abuso/Assédio sexual; 4 - Sinais e segurança. **Discussão:** O material digital apresenta temáticas essenciais como a importância da higiene íntima adequada, o autoconhecimento corporal, o direito de recusar situações desconfortáveis e a prevenção de abusos. O conteúdo das unidades temáticas foi estruturado com elementos visuais verbais e não verbais fluidos e objetivos, permitindo fácil compreensão e com uma proposta de chamar a atenção e cativar o leitor. **Conclusão:** O material produzido possibilita a educação em sexualidade ao abordar questões como higiene e autocuidado de forma acessível, promovendo uma compreensão saudável do próprio corpo e das interações sociais. A flexibilidade do formato digital permite que a cartilha seja usada em diferentes contextos, ampliando o acesso ao conteúdo. Assim como também a cartilha oportuniza o conhecimento às crianças e reforça a importância da educação sexual para seu bem-estar físico e emocional.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Criança; Educação Sexual.

ABSTRACT

Introduction: The health and sexuality education of children with Autism Spectrum Disorder is a challenging topic, especially due to the scarcity of theoretical bases produced on the subject, reflecting negligence or lack of interest in the topic. This limitation makes the teaching-learning process more complex, both for the children and their families and the professionals involved. **Objective:** To describe the construction of an informative booklet on health and sexuality education for children with Autism Spectrum Disorder. **Methodology:** This is a methodological research for the construction of a teaching material in the form of a digital booklet, in which the chosen approach was theorized from an integrative literature review that includes studies carried out in the period 2013-2023. The steps included: 1. Survey of scientific productions on health and sexuality education of children with Autism Spectrum Disorder; 2. Outlining of the data obtained from the scientific productions of the integrative review; 3. Selection of the type of language and graphic resources to compose the visual identity of the Booklet; 4. Production of the booklet in digital format and 5. Final review of the booklet content. **Results:** The material was prepared using the Canva® tool (www.canva.com), containing 15 pages organized into pre-textual elements (cover, presentation sheet of the booklet and characters, and summaries), textual elements (content of the thematic units), and post-textual elements (conclusion sheet, acknowledgments, and references), using visual elements from the platform itself and the FlatIcon website. The booklet was organized using, in the textual part, the following thematic units: 1 - Health and intimate hygiene; 2 - Body changes; 3 - Sexual abuse/harassment; 4 - Signs and safety. **Discussion:** The digital material presents essential themes such as the importance of adequate intimate hygiene, body self-knowledge, the right to refuse uncomfortable situations and the prevention of abuse. The content of the thematic units was structured with fluid and objective verbal and non-verbal visual elements, allowing easy understanding and with a proposal to attract the attention and captivate the reader. **Conclusion:** The material produced enables sexuality education by addressing issues such as hygiene and self-care in an accessible way, promoting a healthy understanding of one's own body and social interactions. The flexibility of the digital format allows the booklet to be used in different contexts, expanding access to the content. The booklet also provides children with knowledge and reinforces the importance of sexual education for their physical and emotional well-being.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Child; Sex Education.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Critérios de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista segundo o DSM-5-TR.....	18
QUADRO 2 - Níveis de gravidade do Transtorno do Espectro Autista segundo o DSM-5-TR.....	19

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Representando as etapas da pesquisa	24
FIGURA 2 - Exemplos de pictogramas utilizados na cartilha digital para evidenciar quem pode auxiliar no banho das crianças	28
FIGURA 3 - Padrões estabelecidos na elaboração da cartilha	28
FIGURA 4 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos utilizados nesta revisão, seguindo os padrões do PRISMA	31
FIGURA 5 - Mapa coroplético	33
FIGURA 6 - Capa da cartilha	38
FIGURA 7 - Sumário da cartilha	38
FIGURA 8 - Ficha de apresentação da cartilha	39
FIGURA 9 - Apresentação dos personagens da cartilha, Téo e Lia	40
FIGURA 10 - Imagem expondo as áreas que precisam de higiene e cuidados contínuos, tanto em meninos quanto em meninas	41
FIGURA 11 - Áreas que não podem ser tocadas fora de contexto (círculos vermelhos) e as que merecem atenção para toques longos e desconfortáveis (círculos amarelos)	42
FIGURA 12 - Exemplos de ações inapropriadas para realizar com crianças	43
FIGURA 13 - Exemplos de expressões faciais que podem ser apresentadas para as crianças apontarem com quais se identificam	44
FIGURA 14 - Conclusão da cartilha	45
FIGURA 15 - Agradecimentos da cartilha	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AdulTEA - Adultos com Transtorno do Espectro Autista

ADDM - Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento

AEE - Atendimento Educacional Especializado

APA - Associação Americana de Psiquiatria

CAA - Comunicação Aumentativa e Alternativa

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças

DeCs - Descritores em Ciências da Saúde

DHACA - Desenvolvimento das Habilidades de Comunicação no Autismo

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

NEDEF - Núcleo de Enfermagem à Pessoa com Deficiência e sua Família

PACT - Terapia de Comunicação do Autismo Pediátrico

PCD - Pessoas com Deficiência

PEPPI - Projeto de Estimulação Precoce da Primeira Infância

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

SUS - Sistema Único de Saúde

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TED - Tecnologias Educativas Digitais

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 O Transtorno do Espectro Autista: evolução histórica, fundamentos conceituais e direitos..	15
2.2 A enfermagem na educação em saúde e em sexualidade da criança com Transtorno do Espectro Autista.....	21
3. METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo de estudo.....	24
3.2 Aspectos éticos.....	25
3.3 Coleta e Análise dos Dados da pesquisa/ Produção da cartilha:.....	26
3.3.1 Etapas da construção da cartilha:.....	26
3.3.1.1 Levantamento de produções científicas sobre saúde e educação em sexualidade da criança com Transtorno do Espectro Autista.....	26
3.3.1.2 Delineamento dos dados obtidos a partir das produções científicas da revisão integrativa de literatura.....	27
3.3.1.3 Seleção do tipo de linguagem e recursos gráficos para compor a identidade visual da Cartilha.....	27
3.3.1.4 Produção da cartilha em formato digital.....	29
3.3.1.5 Revisão final do conteúdo da cartilha.....	30
4. RESULTADOS.....	31
4.1 Construção da cartilha digital.....	31
4.1.1 Saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão integrativa.....	31
4.2 Delineamento do conteúdo da Cartilha em seus elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais.....	38
5. DISCUSSÃO.....	46
6. CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	51

1. INTRODUÇÃO

A afinidade com a temática foi construída durante o período de graduação, a partir da participação de projetos de extensão e pesquisa que visavam o desenvolvimento infantil e o estudo de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A princípio, o primeiro contato com a temática teve início durante o Projeto de Estimulação Precoce da Primeira Infância (PEPPI) originado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em que durante a vivência do projeto foi possível trabalhar diretamente na estimulação cognitiva de crianças inseridas no ambiente escolar.

Este contexto possibilitou, também, o contato com crianças com TEA que necessitavam de abordagens diferentes durante as dinâmicas e explicações. Em seguida, após esse primeiro contato surgiu um interesse sobre o conhecimento acerca das características e necessidades de saúde e de vida de indivíduos com TEA, o que culminou na inserção em um projeto de pesquisa sobre Adultos com TEA e Pessoas com Deficiência (AdulTEA e Diver PCD), atualmente nomeado como Núcleo de Enfermagem à Pessoa com Deficiência e sua Família (NEDEF) da Escola de Enfermagem (EENF) da UFAL, onde pesquisei e elaborei um artigo relacionado à sexualidade de adolescentes com TEA.

O interesse pelo tema também surgiu pois observou-se uma escassez de material acadêmico referente à sexualidade de pessoas com TEA, evidenciando a falta de pesquisas sobre a temática. Tal constatação suscitou a reflexão sobre a necessidade de aprofundar estudos e produzir material sobre o assunto. A experiência vivenciada pelo PEPPI acerca da importância de uma educação inclusiva com crianças com TEA junto com as percepções em relação a negligência da temática sexualidade de indivíduos neuroatípicos, motivou, ainda mais, a elaboração de um material didático que buscasse educar crianças com TEA sobre sua saúde, conhecimento do seu corpo e educação sexual, visando atender a uma demanda fundamental em um contexto inclusivo.

A experiência como bolsista do Programa de Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), mostrou-se enriquecedora e desafiadora, pela oportunidade da produção de uma cartilha digital sobre saúde e educação em sexualidade de crianças com TEA, um recurso educacional inovador e acessível. Foi possível não apenas aprofundar o meu conhecimento sobre a temática, mas também contribuir diretamente para um campo de pesquisa em crescimento, com impacto social significativo, especialmente em áreas pouco exploradas, como a educação em sexualidade desse público.

O Transtorno do Espectro Autista é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e na interação social inseridos em diversos contextos, assim como também por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2022).

Dessa forma, pessoas com TEA podem apresentar significativas fragilidades na linguagem e, em alguns casos, na comunicação. Quando o indivíduo é totalmente incapaz de falar ou sua fala não é capaz de promover sua comunicação, características comuns de indivíduos com TEA em nível 3 que necessitam de suporte muito substancial, é necessário que recursos alternativos sejam utilizados a fim de restituir o processo interativo desse sujeito com o mundo que o rodeia (Togashi; Walter, 2016; Moreschi; Almeida, 2012; APA, 2022).

Dessa forma, os sistemas de comunicação tornam-se boas alternativas na promoção de uma comunicação mais efetiva entre indivíduo sem comunicação oral e seu par, principalmente quando o suporte muito substancial é necessário, proporcionando meios funcionais de construção e partilha de ideias e sentimentos. E é observado em indivíduos com TEA uma grande dificuldade cognitiva, que pode afetar seu convívio social e compreensão de diálogos, por isso é necessária uma elaboração de sistemas de comunicação alternativos que atendam às suas necessidades (Moreschi; Almeida, 2012; APA, 2022).

Para compor um sistema de comunicação satisfatório existem os métodos de comunicação, como o evidenciado no estudo de Leadbitter et al. (2020), o Pediatric Autism Communication Therapy (PACT), traduzido como Terapia de Comunicação do Autismo Pediátrico. Nele, os profissionais instruíam os pais a se envolverem ativamente na rotina dos filhos, observando atentamente como eles se comunicavam e interagiam com as pessoas e objetos ao redor. Com base nessas observações sobre os interesses das crianças, os pais eram incentivados a adaptar seu estilo de comunicação para interagir com os filhos de maneira mais sensível e responsiva.

Assim como também há o método de Desenvolvimento das Habilidades de Comunicação no Autismo (DHACA) que atua na construção visual, o qual defende que a linguagem humana é adquirida por meio da atividade linguística durante a interação com outras pessoas. Por esse motivo, o método propõe o uso de uma comunicação alternativa, com o objetivo de suprir as limitações da linguagem convencional, promovendo uma comunicação mais inclusiva e que utilize elementos verbais e não verbais que possuam fácil compreensão e objetividade (Montenegro *et al.*, 2023).

A partir da percepção da necessidade de uma comunicação inclusiva para o público de indivíduos com TEA, introduz-se o uso dessa comunicação para prover um cuidado amplo e

satisfatório. De acordo com Martino *et al.* (2008), uma sexualidade saudável envolve a habilidade de cultivar e manter relacionamentos interpessoais significativos, cuidar do corpo e valorizar a saúde, relacionar-se com pessoas de ambos os sexos de forma respeitosa e adequada e expressar afeto, amor e intimidade de acordo com seus próprios valores, preferências sexuais e capacidades.

A importância de exercer uma educação em sexualidade está relacionada, em como preparar a criança para o conhecimento do seu corpo, prevenir abusos e desenvolver relações saudáveis. As ações que englobam isso são instruir a criança sobre as mudanças do seu corpo, como realizar uma higiene adequada, como reconhecer toques seguros ou maldosos, assim como criar um ambiente saudável em que dúvidas possam surgir e serem respondidas (Breuner; Mattson, 2016).

Para tornar a educação em sexualidade uma realidade funcional para crianças com TEA é necessário o uso de sistemas de comunicação como a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), que consiste em uma área da prática clínica, educacional e de pesquisa e, acima de tudo, um conjunto de procedimentos e processos que visam maximizar a comunicação, complementando ou substituindo a fala e/ou a escrita. O CAA é um sistema de comunicação e não um método, sendo necessário compreender a diversidade dos sistemas da CAA, o contexto de quem a utilizará e seus parceiros conversacionais, além de considerar diferentes habilidades, tais como: as psíquicas, cognitivas, neuromotoras, sensoriais e linguísticas. Os aspectos socioeconômicos e culturais devem, da mesma forma, ser considerados. (Cesa; Mota, 2015)

Dessa maneira, durante a construção deste material didático foram adotados diferentes métodos comunicativos para atender a proposta de originar um conteúdo inclusivo, levando em consideração a necessidade de compreender o uso de uma comunicação alternativa no momento de interação com uma criança neuroatípica.

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de evidenciar a importância da educação sexual para instruir crianças neuroatípicas no autoconhecimento de seu corpo e saúde íntima, principalmente pela escassa existência de material sobre educação em sexualidade de crianças com TEA, refletindo um tabu que ainda existe na sociedade acerca dessa temática especialmente para essa população vulnerável, com fragilidades na comunicação e socialização. Além disso, a falta de discussão aberta e de recursos adequados reforça estigmas e deixa essas crianças ainda mais suscetíveis a abusos, desinformação e exclusão.

Nesse contexto, o desenvolvimento de um recurso educativo adaptado é essencial, pois oferece orientações claras e seguras sobre temas sensíveis, como consentimento, limites e

autocuidado. Tal material, pode ser utilizado por pais, educadores e profissionais de saúde, não só fortalecendo a educação em sexualidade de forma inclusiva e acessível, como também empoderando essas crianças, dando-lhes ferramentas para compreender seu próprio corpo e lidar com situações de vulnerabilidade. Assim, esta cartilha surge como uma contribuição valiosa para evidenciar a importância de lidar com essa temática na infância de uma criança neuroatípica, promovendo uma educação em sexualidade mais igualitária e segura para crianças com TEA.

A produção desse material tem importância para a enfermagem - assim como para as famílias de crianças com TEA e instituições educacionais - por possibilitar integrar os métodos comunicativos durante o momento de atendimento, criando um diálogo com chances de obter respostas satisfatórias e otimizar o momento de consulta de enfermagem.

Diante disso, a pesquisa buscou atender aos seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Descrever a construção de uma cartilha informativa sobre saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno de Espectro Autista.

Objetivos específicos:

- 1) Delinear o conteúdo da Cartilha em seus elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais a partir das produções científicas;
- 2) Desenvolver uma cartilha informativa sobre saúde e educação em sexualidade de crianças com TEA;
- 3) Apontar sobre a importância da saúde e educação em sexualidade de crianças com TEA;

2. REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção é dedicada à explanação do TEA abordando seus conceitos e características, apresentando manuais diagnósticos e relacionando com níveis de dificuldades comunicativas. Com base nesse conhecimento introdutório, segue-se a discussão sobre a educação e saúde sexual de crianças com TEA, destacando o uso de uma comunicação adequada, as principais temáticas a serem exploradas nessa fase da vida e questões relacionadas à educação especial e inclusiva.

Além disso, é possível fomentar um debate acerca do levantamento de dados sobre a importância e negligência da educação sexual infantil para neuroatípicos, visando uma análise mais detalhada do campo teórico em que o tema está inserido.

2.1 O Transtorno do Espectro Autista: evolução histórica, fundamentos conceituais e direitos

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio no neurodesenvolvimento que caracteriza-se por anormalidades abrangentes em três domínios do desenvolvimento: interação social recíproca, comunicação e presença de um repertório comportamental de interesses restritos, repetitivo e estereotipado, sendo estas anormalidades verificadas logo nos primeiros meses de vida. (Borges; Moreira, 2018)

Do ponto de vista histórico, o termo "autismo" foi introduzido pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler por volta de 1910. Ele utilizou a expressão "pensamento autista" para descrever o modo de raciocinar dos pacientes com esquizofrenia, que se isolavam do mundo externo e se voltavam para um universo interno. Segundo Bleuler, todos os seres humanos apresentam algum grau desse tipo de pensamento, mas, nas pessoas com esquizofrenia, essa característica se manifesta de forma patológica (Cunha, 2012).

Décadas depois da introdução do termo "autismo", Donald Triplett se tornou o primeiro paciente diagnosticado com a condição. Nascido em 8 de setembro de 1933, inicialmente seus pais o consideravam uma criança típica, mas logo perceberam características como desconforto ao ser carregado, longos períodos de quietude e indiferença emocional (Louzada, 2024; Tamanaha; Perissinoto; Chiari, 2008).

Incapazes de lidar com esses comportamentos, eles internaram Donald em uma instituição para crianças, o Prevenorium. Após não verem progresso, buscaram a ajuda do psiquiatra Leo Kanner. Em 1943, Kanner estudou 11 casos semelhantes - em que oito casos

foram meninos e dois casos meninas - e publicou seu artigo pioneiro sobre o autismo, intitulado "Autistic Disturbances Of Affective Contact" (Distúrbio autista do contato afetivo) (Louzada, 2024; Tamanaha; Perissinoto; Chiari, 2008).

Em 1944, Hans Asperger apresentou um estudo no qual definiu um distúrbio que chamou de Psicopatia Autística Infantil. Esse transtorno se caracterizava por dificuldades graves na interação social, fala formal e excessivamente precisa, coordenação motora desajeitada e predominância entre indivíduos do sexo masculino. Para elaborar essa definição, Asperger analisou diversos casos clínicos, abordando a história familiar, aspectos físicos e comportamentais, além do desempenho em testes de inteligência. Ele também destacou a importância de uma abordagem educacional adequada para esses indivíduos (Tamanaha; Perissinoto; Chiari, 2008).

Em 1965, Bernard Rimland, médico-psicólogo e pai de uma criança autista, além de fundador da Autism Society of America, apresentou uma nova teoria acerca das possíveis causas e origens do autismo. Ele argumentou que a causa do autismo era de origem orgânica, e não emocional, caracterizando-o como uma disfunção cognitiva. Essa perspectiva abriu caminho para uma nova abordagem do autismo, focada em pesquisas biomédicas, e ajudou a estabelecer o autismo como um distúrbio neurológico (Nazaré, 2023).

Dessa forma, percebe-se que o conceito e entendimento sobre o Transtorno do Espectro Autista percorreu um longo caminho até os dias atuais, e embora suas classificações sejam relativamente recentes, sua existência sempre fez parte da humanidade. Entretanto, não há muitas evidências científicas sobre a educação em sexualidade voltada especificamente sobre crianças com TEA antes dos anos de 1990 em que o Dr. Dave Hingsburger (1952–2021) lançou seu livro intitulado de: "I Contact: Sexuality and people with Developmental Disabilities" (Frawley; McCarthy, 2022)

Dave Hingsburger foi um educador e especialista em sexualidade de pessoas com deficiências, que abordou questões de sexualidade, consentimento e educação em saúde sexual para indivíduos. A temática "educação em sexualidade" teve maior destaque a partir dos anos 2000, antes o foco era mais voltado para comportamentos sociais e cognitivos, e a compreensão geral da sexualidade infantil, mesmo em populações típicas, era limitada (Schwier, 2021)

Atualmente, a incidência de casos de autismo tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas. Em vários países, como nos Estados Unidos, a média de idade das crianças diagnosticadas tem sido de 3 a 4 anos. De acordo com estimativas da Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento

(ADDM) do CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças -, cerca de 1 em cada 36 crianças podem ser diagnosticadas com TEA (Silva; Mulick, 2009; Maenner *et al.*, 2023).

Crianças com TEA tendem a apresentar fragilidades no desenvolvimento entre os 12 e 24 meses, mas os sinais de alerta podem ser percebidos antes de completarem um ano, principalmente na puericultura que busca acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e pode avaliar possíveis atrasos e dificuldades que a criança pode apresentar, como é instruído e especificado na caderneta da criança. No estudo de Girianelli *et al.* (2022) foi evidenciado que o diagnóstico precoce favorece e potencializa as possibilidades de intervenção em fases iniciais do desenvolvimento infantil por possibilitar a aquisição de repertório, como o desenvolvimento das habilidades: cognitivas, como a linguagem verbal e comunicação; sociocognitivas, como a atenção compartilhada; e comportamentais, como autonomia e habilidades sociais. Alguns autores também descrevem que o diagnóstico precoce auxilia na melhor orientação de pais através da psicoeducação e do desenvolvimento de estratégias de manejo.

A versão atualizada da Caderneta de Saúde da Criança agora inclui o M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers - Revised), uma ferramenta que auxilia na detecção precoce de comportamentos indicativos de TEA em crianças de 16 a 30 meses. O M-CHAT-R é um questionário de triagem que permite identificar sinais que podem sugerir a necessidade de uma avaliação mais detalhada, promovendo a intervenção precoce e oferecendo suporte adequado no momento ideal para o desenvolvimento de adaptações.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou em 2022 a quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o DSM-5-TR, em que é relatado que:

Em crianças pequenas com transtorno do espectro autista, a falta de habilidades sociais e de comunicação pode dificultar o aprendizado, especialmente o aprendizado por meio de interação social ou em ambientes com colegas. (DSM-5-TR, 2022, p. 65)

O DSM-5-TR também aponta que determinar um diagnóstico irá depender do período de desenvolvimento do indivíduo, levando em consideração que intervenções, compensações e suportes podem mascarar as dificuldades em algumas áreas do desenvolvimento, principalmente no nível 1 de gravidade em que as limitações de interações sociais são menores e menos perceptíveis, conforme demonstrado no quadro 1 (APA, 2022).

Quadro 1 - Critérios de diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista segundo o DSM-5-TR.

CRITÉRIO A	<p>Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, com destaque em ao menos dois dos seguintes tópicos:</p> <p>1 - Deficiências na reciprocidade socioemocional, variando desde uma abordagem social incomum e dificuldades na conversação, até uma menor expressão de interesses, emoções ou afetos, com dificuldades em iniciar ou responder a interações sociais;</p> <p>2 - Deficiências com a comunicação não verbal durante a interação social, variando desde a má integração entre comunicação verbal e não verbal, problemas no contato visual e gestos, até a ausência completa de expressões faciais e comunicação não verbal;</p> <p>3 - Deficiências com o desenvolvimento, manutenção e entendimento de relacionamentos, variando desde dificuldades em adaptar o comportamento a diferentes contextos sociais, até problemas em compartilhar brincadeiras imaginativas ou fazer amigos, chegando à falta de interesse em manter colegas;</p>
CRITÉRIO B	<p>Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, com destaque em ao menos dois dos seguintes tópicos:</p> <p>1 - Movimentos motores estereotipados ou repetitivos, uso de objetos ou fala, como alinhar brinquedos, ecolalia ou frases idiossincráticas;</p> <p>2 - Forte necessidade de manter tudo igual, aderindo rigidamente a rotinas ou padrões de comportamento verbal e não verbal, como possuir grande desconforto com pequenas mudanças, dificuldades em lidar com transições, rituais específicos ao cumprimentar e a necessidade de seguir sempre o mesmo caminho ou comer a mesma comida diariamente;</p> <p>3 - Interesses muito limitados e fixos, que são anormais em intensidade ou foco, como uma forte obsessão por objetos incomuns ou interesses excessivamente restritos e persistentes;</p> <p>4 - Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente, como indiferença à dor ou temperatura, reação negativa a certos sons ou texturas, necessidade de cheirar ou tocar objetos, ou fascínio por luzes e movimentos;</p>
CRITÉRIO C	Os sintomas devem estar presentes no período inicial de desenvolvimento (primeira infância), embora possam não ser totalmente perceptíveis até que as exigências sociais superem as capacidades limitadas, ou possam ser disfarçados por estratégias adquiridas posteriormente.
CRITÉRIO D	Os sintomas provocam prejuízos clinicamente significativos nas áreas sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes do funcionamento cotidiano.
CRITÉRIO E	Essas dificuldades não são mais bem explicadas por deficiência intelectual ou atraso global no desenvolvimento. O transtorno do espectro autista e a deficiência intelectual frequentemente ocorrem juntos; para diagnósticos simultâneos de ambos, a comunicação social deve ser inferior ao esperado para o nível de desenvolvimento geral.

Fonte: Elaborado pela autora segundo o DSM-R-TR (2024).

Além disso, como destacado por Girianelli et al. (2022), os pais são, geralmente, os primeiros a suspeitarem, mas o desconhecimento dos aspectos do desenvolvimento esperados para cada idade pode retardar a procura por assistência. Nesse sentido, é importante saber reconhecer os critérios de diagnóstico para conseguir realizar abordagens de modo precoce, levando em consideração que nos primeiros anos de vida da criança há maior capacidade de organização neural, o que favorece melhor prognóstico e qualidade de vida ao ser estimulada corretamente (Girianelli *et al.*, 2022).

Após estabelecer um diagnóstico é necessário determinar o grau de gravidade em que o indivíduo está inserido, podendo a partir disso descrever sucintamente a sintomatologia atual, reconhecendo que a gravidade pode variar de acordo com o contexto e flutuar ao longo do tempo. Somente com a determinação do nível de gravidade é possível estabelecer o quanto de suporte esse indivíduo necessitará para desenvolver suas atividades cotidianas (APA, 2022).

Assim, as manifestações do transtorno podem variar mediante a gravidade da condição autista (Quadro 2), do nível de desenvolvimento, da idade cronológica e possivelmente gênero, por isso o termo espectro (APA, 2022).

Quadro 2 - Níveis de gravidade do Transtorno do Espectro Autista segundo o DSM-5-TR.

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 1 (Requer suporte)	Sem suportes em vigor, os déficits na comunicação social causam deficiências perceptíveis. Dificuldade em iniciar e manter interações sociais, com respostas atípicas ou falhas em ceder aberturas sociais de outros. Podem ser capazes de elaborar frases completas e se envolver em um diálogo, mas podem ter problemas em manter a conversa e responder do modo esperado.	Pode possuir problemas na organização e planejamento, dificultando sua independência. Como também podem possuir inflexibilidade em seus comportamentos, tendo dificuldades em alternar atividades e rotina.
Nível 2 (Requer suporte substancial)	Possui déficits acentuados na comunicação verbal e não verbal, com deficiências sociais aparentes mesmo com suporte. Podem	Pode possuir angústia ou receio em mudar seu foco ou rotina de atividades. Como também podem possuir

	apresentar fortes dificuldades em iniciar conversas e prover respostas satisfatórias, geralmente com seus interesses limitados e sem abertura social.	inflexibilidade em seus comportamentos com maior intensidade, tendo dificuldades em lidar com mudanças e possuindo comportamentos repetitivos/restritos mais evidentes e perceptíveis.
Nível 3 (Requer suporte muito substancial)	Possui graves dificuldades na comunicação verbal e não verbal, podendo não ser capaz de iniciar diálogos e oferecer respostas, geralmente apenas conseguindo conceder poucas palavras e pouca constância.	Pode possuir extrema angústia e dificuldade em mudar seu foco ou rotina de atividades. Como também podem possuir extrema inflexibilidade em seus comportamentos, tendo graves dificuldades para lidar com mudanças e possuindo comportamentos repetitivos/restritos com maior evidência e recorrência.

Fonte: Elaborado pela autora segundo o DSM-5-TR (2024).

A partir disso, é possível evidenciar que a dificuldade que os pais possuem para comunicar-se com seus filhos varia com o nível de TEA da criança. Os níveis entre 2 e 3 a dificuldade de comunicação se torna mais desafiadora, dificultando uma interação adequada e responsiva (André *et al*, 2021; Breuner; Mattson, 2016).

Nessa perspectiva, implementar uma educação inclusiva não é uma tarefa apenas dos pais, as escolas também devem ser aptas para aplicar um conteúdo abrangente de sexualidade, fornecendo informações medicamente corretas e específicas, reconhecendo a diversidade de valores e crenças inseridas na comunidade e complementando a educação em sexualidade que as crianças recebem de suas famílias, grupos religiosos e profissionais de saúde (André *et al*, 2021; Breuner; Mattson, 2016).

No que se refere aos direitos da criança com TEA, a legislação brasileira assegura seus direitos por meio de leis como a Lei nº 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), que estabelece a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Essa lei reconhece as pessoas com TEA como pessoas com deficiência, garantindo-lhes acesso à saúde, educação, inclusão no mercado de trabalho e proteção social. Ela assegura atendimento integral à saúde, terapias especializadas e educação inclusiva, além de combater a discriminação e apoiar as famílias, promovendo uma sociedade mais inclusiva. (Brasil, 2012).

No que diz respeito à educação em sexualidade, esses direitos estendem-se à necessidade de uma abordagem adaptada e acessível, de modo que as pessoas com TEA recebam informações adequadas sobre o corpo, a sexualidade, o consentimento e o autocuidado. O Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, dispõe sobre a educação especial no Brasil e reforça a política de inclusão escolar para alunos com deficiência, incluindo aqueles com TEA (Brasil, 2011). Nesse sentido, esse ato normativo garante o acesso a classes regulares do ensino comum com o apoio de serviços e recursos especializados, além de proporcionar o Atendimento Educacional Especializado (AEE) (Brasil, 2011).

Já no que diz respeito a educação em sexualidade para crianças com TEA, este decreto ressalta a importância de uma educação adaptada às necessidades individuais, permitindo que temas como sexualidade, corpo e autocuidado sejam abordados de forma inclusiva. Ao integrar essas crianças ao ensino comum com suporte especializado, o decreto pode ser empregado ao fortalecer o desenvolvimento de uma educação sexual que respeite seu ritmo de aprendizagem, garantindo a elas os mesmos direitos à informação e proteção que as demais crianças, essenciais para sua autonomia e segurança. (Brasil, 2011)

2.2 A enfermagem na educação em saúde e em sexualidade da criança com Transtorno do Espectro Autista

A educação sexual, de acordo com Breuner e Mattson (2016), quando discutida abertamente durante as consultas de puericultura deixam o diálogo mais fácil e confortável para tirar dúvidas e instruir adequadamente tanto as crianças, como os pais e/ou responsáveis. No contexto de crianças com TEA, existe uma necessidade de utilizar uma comunicação inclusiva, possibilitando a compreensão do assunto pela própria criança (Moreschi; Almeida, 2012).

A equipe de enfermagem tem um cuidado continuado e preventivo com todas as camadas da saúde coletiva, e – sabendo que as crianças desempenham um papel essencial na saúde coletiva, tanto pelos cuidados que outras pessoas precisam dedicar a elas, quanto pelos problemas de saúde e hábitos específicos da infância – por isso é importante ser capaz de desempenhar uma consulta de enfermagem adequada independente de ser um indivíduo neurotípico ou não (Remor *et al.*, 2009).

Ademais, conforme exposto no estudo de Kamaludin *et al* (2022) existe um equívoco recorrente entre pais e na comunidade de pessoas com deficiência (PCDs) não possuem

necessidade sexuais em função de suas condições, o que leva à crença equivocada de que a educação sexual não é necessária para esse público. Tal perspectiva é extremamente prejudicial, pois aumenta o risco de essas crianças sofrerem abuso sexual, além de favorecer o desenvolvimento de comportamentos sexuais inadequados quando crescerem, sendo essencial que essa questão seja abordada durante as consultas de puericultura e ações em saúde, a fim de destacar a relevância do tema (Kamaludin *et al.*, 2022).

Como consequência da ausência de uma introdução de educação em sexualidade, as PCDs têm bem menos acesso à educação sobre saúde sexual e estão mais vulneráveis a problemas nessa área devido à falta de compreensão adequada sobre sexualidade e abuso (Kamaludin *et al.*, 2022). No boletim epidemiológico de 2023, o Ministério da Saúde divulgou dados sobre a violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos entre 2015 e 2021. A análise desses dados revelou que 2.825 crianças com deficiência ou transtorno foram vítimas de violência sexual durante esse período (Brasil, 2023).

A partir disso é possível compreender que a falta de uma educação em sexualidade adequada, seja no ambiente domiciliar, escolar ou hospitalar, pode ocasionar em situações de vulnerabilidade para a criança e transformando-as em alvos para abuso/assédio sexual, sendo esse conhecimento imprescindível para profissionais da área da saúde, a fim de instruírem pais e/ou responsáveis sobre a importância e forma adequada de aplicar uma educação em sexualidade de qualidade.

Além disso, é importante destacar a integração de materiais educativos digitais no processo de ensino-aprendizagem na enfermagem, o ensino das habilidades na área de enfermagem está em contínua evolução, devido à complexidade envolvida no ato de cuidar. Ele deve ser baseado em evidências científicas e deve integrar de forma harmoniosa o conhecimento teórico com a prática. Da mesma maneira, as atividades curriculares precisam sempre garantir a segurança tanto do paciente nos ambientes de cuidado quanto do estudante que participa das práticas nos campos de estágio (Silveira; Cogo, 2017).

Uma ferramenta importante na puericultura, conforme referida anteriormente, é a Caderneta da Criança, um material essencial no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Para crianças com TEA é possível utilizá-las para o monitoramento contínuo do crescimento, desenvolvimento e comportamento, além de facilitar o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar. Ela também oferece auxílio no diagnóstico precoce – com o M-CHAT-R –, orientações práticas sobre alimentação, vacinação e higiene, podendo ser ajustadas às necessidades específicas de uma criança neuroatípica (Brasil, 2024).

Dessa maneira, ao servir como um recurso educativo para os pais e permitir o registro e reconhecimento de mudanças no comportamento, a caderneta promove intervenções precoces e personalizadas, contribuindo para o diálogo entre cuidadores e profissionais de saúde, garantindo um acompanhamento integral e consistente da saúde infantil (Brasil, 2024).

Nesse contexto, as tecnologias educacionais têm sido incorporadas ao ensino de enfermagem com o objetivo de contribuir para o fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente e uma fonte de informação atualizada com fácil acesso. Essas ferramentas auxiliam no processo de aprendizado, promovendo a aplicação dos conceitos de segurança de maneira prática e eficiente (Silveira; Cogo, 2017).

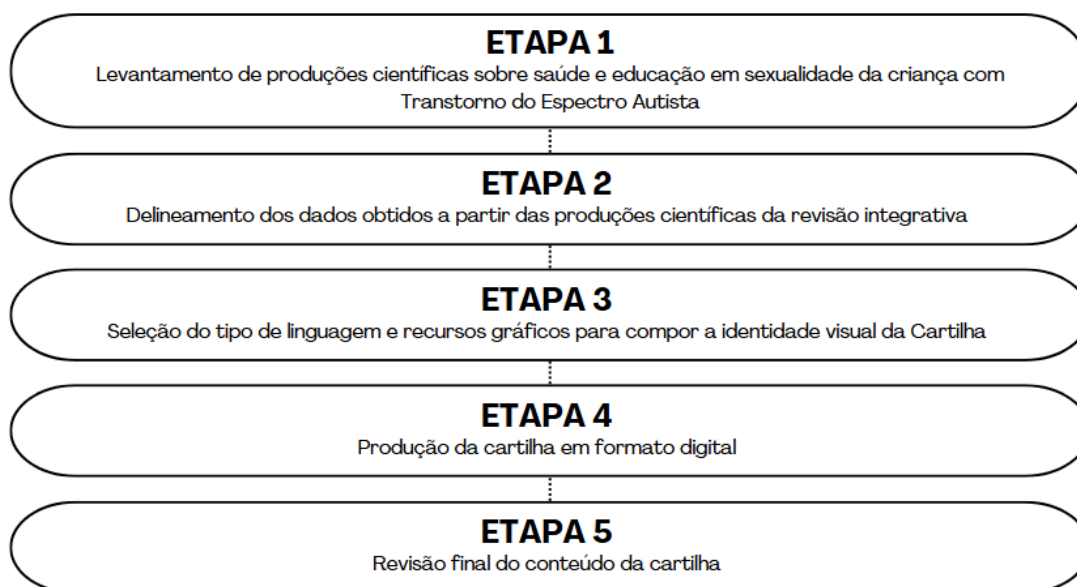
3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica para a construção de um material didático na forma de cartilha digital, em que a abordagem escolhida foi teorizada a partir da elaboração dos resultados obtidos de uma revisão integrativa de literatura (Polit; Beck, 2011).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram percorridas cinco etapas como esquematizado na Figura 1.

Figura 1 - Representando as etapas da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A revisão integrativa de literatura foi realizada a partir de seis etapas, segundo estudos de Mendes; Silveira; Galvão (2019), sendo elas: 1. Definição da pergunta de revisão; 2. Busca e seleção dos estudos primários; 3. Extração de dados dos estudos primários; 4. Avaliação crítica dos estudos primários; 5. Síntese dos resultados da revisão; 6. Apresentação da revisão.

Na primeira etapa da revisão de literatura foi elaborada a questão de pesquisa a partir da utilização da estratégia PICO, mnemônico referente aos termos: (P) População, (I) Interesse de estudo e (Co) Contexto. Em que a população foram as crianças com TEA, o interesse de

estudo foi a saúde e educação em sexualidade inserido no contexto de uma comunicação acessível e inclusiva.

Sendo assim, a pergunta norteadora da pesquisa foi "Quais as informações necessárias sobre Saúde e Educação em Sexualidade de Crianças com Transtorno do Espectro Autista e a forma de comunicação mais eficiente para ensiná-las sobre educação sexual?"

Dessa maneira, as buscas para a revisão integrativa de literatura foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2023, nas bases de dados da National Library of Medicine, PubMed e no portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Os descritores foram selecionadas no Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para as bases em português e inglês, sendo eles: transtorno do espectro autista/autism spectrum disorder; criança/child; educação sexual/sex education; desenvolvimento sexual/sexual development. Junto aos descritores, foram empregados os termos booleanos: AND, OR e NOT para compor as chaves de busca a serem utilizadas para a pesquisa nas bases de dados.

A primeira análise dos artigos foi realizada a partir da avaliação dos títulos e resumos dos 255 resultados encontrados, e após isso foram selecionados vinte estudos para leitura e posterior exclusão de nove artigos que não atendiam aos critérios da pergunta norteadora.

Após essa etapa, realizou-se a análise e extração de dados das produções científicas, onde as principais unidades temáticas – Unidade temática 1: Saúde e higiene íntima; Unidade temática 2: Mudanças no corpo; Unidade temática 3: Abuso/Assédio sexual; Unidade temática 4: Sinais e segurança – foram organizadas em um arquivo de Documentos Google, anotando-se as principais informações e dados. Posteriormente, organizou-se a produção da cartilha digital (suas unidades temáticas e seus elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais) através da ferramenta Canva® (www.canva.com), em uma conta privada. A cartilha contém imagens ilustrativas, retiradas da própria ferramenta e da FlatIcon. Finalizou-se salvando esse material em formato PDF com a etapa de revisão final do conteúdo da cartilha.

3.2 Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, este trabalho, por se tratar de um estudo metodológico voltado à construção de uma tecnologia educativa através de uma revisão integrativa de literatura, não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, todos os preceitos éticos serão rigorosamente seguidos, assegurando a legitimidade, privacidade e confidencialidade das

informações, quando necessário, e garantindo a divulgação pública dos resultados desta pesquisa.

3.3 Coleta e Análise dos Dados da pesquisa/ Produção da cartilha:

Para a construção da cartilha digital, foi necessário desenvolver uma teorização, através da revisão integrativa de literatura, em que houve o diagnóstico situacional sobre a temática, buscando estudos que abordassem o tema, para que seguisse posteriormente para a construção do material.

O processo de coleta de dados para compor o material teórico da cartilha digital envolveu a seleção criteriosa de 11 artigos científicos. Inicialmente, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão que atendessem à pergunta norteadora, possuindo relevância para o tema abordado, que atendessem o período de publicação determinado (2013-2023) e a adequação ao assunto da cartilha.

Após a seleção, os textos foram analisados de maneira crítica, extraíndo-se informações-chave que serviriam de embasamento para o conteúdo da cartilha. Essa abordagem garantiu que o material teórico fosse fundamentado em evidências científicas atuais e de qualidade, assegurando a confiabilidade e utilidade do produto final.

3.3.1 Etapas da construção da cartilha:

As etapas compreenderam: 1. Levantamento de produções científicas sobre saúde e educação em sexualidade da criança com Transtorno do Espectro Autista; 2. Delineamento dos dados obtidos a partir das produções científicas da revisão integrativa; 3. Seleção do tipo de linguagem e recursos gráficos para compor a identidade visual da Cartilha; 4. Produção da cartilha em formato digital e 5. Revisão final do conteúdo da cartilha, conforme descritas a seguir.

3.3.1.1 Levantamento de produções científicas sobre saúde e educação em sexualidade da criança com Transtorno do Espectro Autista

Foi realizado um levantamento de 11 produções científicas publicadas no período de 2013 a 2023. Devido à dificuldade em encontrar estudos que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa, o período de busca foi ampliado. Assim como também foi observada

uma maior predominância de estudos internacionais em comparação aos nacionais. Esses estudos abordaram questões centrais relacionadas às informações necessárias para promover a saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno do Espectro Autista, com o objetivo de fornecer uma base sólida para a elaboração da cartilha. Além disso, os artigos investigaram as formas de comunicação mais eficazes e acessíveis para alcançar esse público, garantindo que as mensagens sobre educação sexual fossem transmitidas de maneira clara e adequada às suas necessidades específicas.

3.3.1.2 Delineamento dos dados obtidos a partir das produções científicas da revisão integrativa de literatura

Com base no levantamento de dados realizado na etapa 1, foi possível identificar e selecionar os principais conteúdos que comporiam a cartilha digital, os elementos pré-textuais, textuais, pós-textuais, as unidades temáticas – 1. Saúde e Higiene Íntima; 2. Mudanças no corpo; 3. Abuso/assédio sexual; 4. Sinais e Segurança. – e os elementos visuais, como personagens, símbolos e desenhos. Esse processo permitiu organizar as temáticas de forma lógica, associando cada um deles às informações pertinentes e essenciais para o desenvolvimento do material.

Essa etapa desempenha um papel crucial, pois está diretamente conectada com a fase seguinte de construção dos elementos da cartilha. Antes de iniciar essa construção, é fundamental que haja uma ideia inicial bem organizada e estruturada, garantindo que todos os conteúdos estejam adequadamente alinhados e que o material final tenha coesão e clareza. Esse planejamento prévio assegura que a cartilha atenda aos objetivos propostos, fornecendo informações de forma acessível e eficaz para o público-alvo.

3.3.1.3 Seleção do tipo de linguagem e recursos gráficos para compor a identidade visual da Cartilha

Para a cartilha digital foi escolhido o uso de linguagem verbal e não verbal, seguindo as recomendações dos métodos de comunicação evidenciados na revisão integrativa, o Pediatric Autism Communication Therapy (PACT) e o método de Desenvolvimento das Habilidades de Comunicação no Autismo (DHACA), que recomenda utilizar imagens e recursos utilizando aparências de assuntos que sejam do interesse da criança, assim como

utilizar o uso de linguagem mista para atender limitações tanto verbais quanto não verbais, como é o caso dos pictogramas elaborados na cartilha (Figura 2).

Figura 2 - Exemplos de pictogramas utilizados na cartilha digital para evidenciar quem pode auxiliar no banho das crianças.



Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Assim como também foi estabelecido um padrão de cores para ser utilizado em todo o material, com uma fonte exclusiva para uso em todo o documento (Figura 3).

Figura 3 - Padrões estabelecidos na elaboração da cartilha.

PALETA DE CORES



FONTES

TÍTULO, 67.

TÓPICOS, 30.

Corpo, 14.5.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

3.3.1.4 Produção da cartilha em formato digital

Os primeiros elementos da cartilha foram elaborados utilizando a plataforma Canva® (www.canva.com), em uma conta privada, garantindo segurança e controle sobre o desenvolvimento do material. Durante essa fase, foi criada a identidade visual da cartilha, começando pela definição das cores oficiais da capa, que foram cuidadosamente selecionadas para transmitir uma imagem acessível e profissional, adequada ao público-alvo.

Além das cores, foi feita a escolha das fontes tipográficas que melhor se adequam ao estilo do material, levando em consideração fatores como legibilidade, clareza e estética. Elementos visuais, como ícones e gráficos, também começaram a ser integrados ao design da cartilha, de modo a enriquecer o conteúdo e facilitar a compreensão das informações.

A produção de pictogramas e imagens foi realizada com as ferramentas nativas da plataforma Canva® e complementada com recursos do site FlatIcon, que oferece uma ampla variedade de ícones e imagens vetoriais. Esses elementos visuais foram essenciais para ilustrar conceitos e tornar o conteúdo mais atrativo e dinâmico. Cada detalhe pensado para garantir que o design da cartilha fosse coerente, moderno e de fácil navegação,

proporcionando uma experiência visual agradável ao leitor e com conteúdo com elementos visuais e textuais objetivos e claros.

A cartilha foi construída durante os meses de janeiro a junho de 2024, e, no total, apresenta 15 páginas que abordam de forma inclusiva e dinâmica elementos acerca da saúde e educação em sexualidade de crianças com TEA, foi estruturada nas seguintes unidades temáticas: 1. Saúde e Higiene Íntima, 2. Mudanças no Corpo, 3. Abuso/Assédio Sexual e 4. Sinais e Segurança.

3.3.1.5 Revisão final do conteúdo da cartilha

Após a conclusão de todas as etapas planejadas para o desenvolvimento da cartilha, o material foi transformado em formato PDF. Além dos ajustes no aspecto visual, foram realizadas revisões minuciosas no texto para garantir a correção gramatical, a clareza das informações e a adequação da linguagem ao público-alvo, visando aprimorar a fluidez da leitura e assegurar que todas as informações estejam apresentadas de forma acessível e objetiva.

4. RESULTADOS

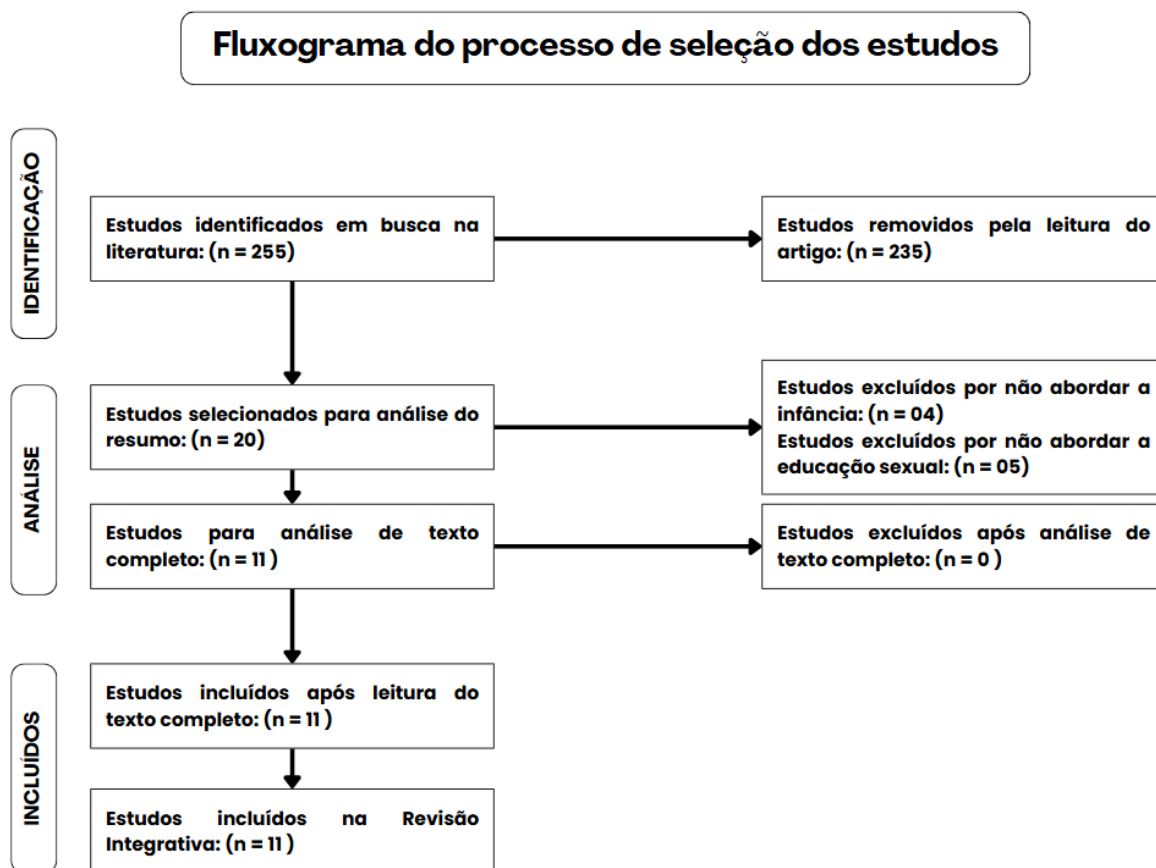
4.1 Construção da cartilha digital

A construção da cartilha exigiu o cumprimento minucioso de todas as etapas do processo de produção. O primeiro passo foi a realização de uma revisão integrativa de literatura, essencial para fundamentar a criação dos elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais que fariam parte do material didático. Essa revisão permitiu organizar e estruturar o conteúdo de forma adequada, garantindo que cada parte da cartilha fosse elaborada com clareza e coesão até alcançar o produto final.

4.1.1 Saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno do Espectro Autista: uma revisão integrativa

Dos 255 estudos encontrados, após uma leitura minuciosa e extensa dos títulos e resumos dos artigos, foram selecionados 20 que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos referentes à pergunta norteadora. Entre os selecionados, houve a exclusão de 4 estudos por não contemplarem a fase de vida considerada, a infância, e 5 foram excluídos por não estarem de acordo com o tópico central da pesquisa, a educação sexual. Após o processo de avaliação, a amostra final alcançou um total de 11 estudos selecionados. O processo de busca e seleção dos estudos que formam essa pesquisa foi organizado no fluxograma (Figura 4), seguindo as recomendações do fluxograma PRISMA . (Briggs, 2015)

Figura 4 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos utilizados nesta revisão, seguindo os padrões do PRISMA.



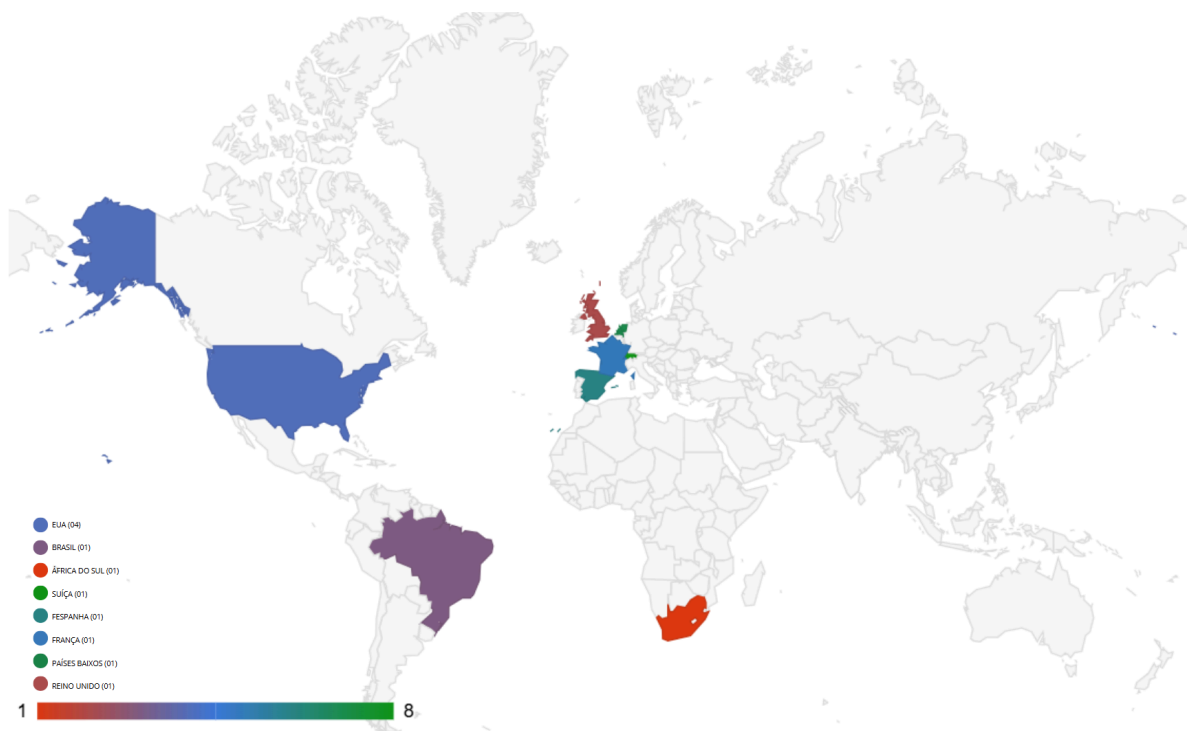
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Os onze estudos que compõem esta revisão foram publicados e/ou disponibilizados no período de 2013 a 2023, todos de âmbito nacional e internacional. A expansão do período de busca não apenas buscou ampliar a base de dados disponíveis, mas também oferecer a possibilidade de identificar tendências, evoluções ou lacunas na literatura ao longo de um intervalo temporal maior. Através disso foi possível contextualizar melhor os achados e, ao mesmo tempo, assegurar a robustez da pesquisa. Os estudos sobre a temática abordaram questões acerca da dificuldade de comunicação das crianças neuroatípicas e a compreensão da necessidade de existir uma educação sexual nessa fase da vida, estabelecendo um método de ensino funcional para a criança com TEA que seja entendível para a mesma.

Os países de origem dos estudos foram em sua maioria internacionais, quatro foram produzidos nos EUA (Muscatello e Corbett, 2017; Leadbitter *et al.*, 2020; Houtrow, Elias e Davis, 2021; Breuner e Mattson, 2016), um no Brasil (Montenegro *et al.*, 2023), um na França (Bejerot e Eriksson, 2014), um na Espanha (André *et al.*, 2022), um na África do Sul

(Fourie, Kotzé e Westhuizen, 2017), um nos Países Baixos (Bloor *et al.*, 2022), um na Suíça (Torrallas-Ortega *et al.*, 2023) e um no Reino Unido (Pryde e Jahoda, 2018) (Figura 5).

Figura 5 - Mapa coroplético



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir da análise das evidências científicas sobre saúde e educação sexual de crianças com Transtorno do Espectro Autista desses estudos, emergiram das articulações dos conteúdos semelhantes e complementares, as seguinte unidades temáticas: Comunicação e educação sexual; Barreiras comunicativas e os resultados da carência de informação; Alternativas de comunicação inclusiva.

1. Comunicação e educação sexual

A arte de se comunicar adequadamente está na compreensão do indivíduo de que não importa qual forma de comunicação, mas a linguagem que é usada para que todos os envolvidos possam se entender e interagir. Para que exista um canal comunicativo funcional, é necessário que todos os envolvidos nessa intercomunicação consigam compreender o conteúdo que está sendo discutido, ou seja, precisam possuir a capacidade de entender e praticar o mesmo código daquele círculo social (Dias, 2020).

Entretanto, da mesma forma que nenhum indivíduo é igual ao outro, o mesmo aplica-se ao desenvolvimento social de cada um. O foco dessa revisão é a forma de comunicação da criança neuroatípica, cujo funcionamento cerebral e comportamental são considerados “diferentes” para os padrões sociais, e, considerando isso, estabelecer qual a melhor forma de construir um canal de comunicação eficiente e compreensível para ensinar assuntos importantes para a vivência dessa criança, como é o caso da educação sexual. (Montenegro *et al.*, 2023)

O desenvolvimento sociosexual é uma parte essencial do crescimento, e busca dar mais importância para esse desenvolvimento sendo indispensável para indivíduos com deficiência enquanto estão na fase de mudanças de corpos, expectativas e desejos. As habilidades cognitivas de indivíduos com TEA são heterogêneas e podem apresentar déficits na interação social, em alguns casos isso pode transformar assuntos íntimos, como a educação sexual, em tabus e tópicos estritamente evitados, principalmente por associarem a carência de manejo social dessa pessoa com desinteresse por assuntos dessa temática. (Houtrow *et al.*, 2021; Fourie *et al.*, 2017)

De acordo com Breuner e Mattson (2016), desenvolver uma sexualidade saudável é fundamental para o desenvolvimento pessoal de todas as crianças, e por isso é importante ter uma fonte íntegra e compreensível de informações, crenças e valores sobre consentimento, orientação sexual, identidade de gênero e relacionamentos. A educação sexual não se refere a induzir práticas sexuais, e sim educar o indivíduo sobre seu próprio corpo e segurança, auxiliando no desenvolvimento da criança para que futuramente as barreiras sociais sejam menores e mais fáceis de ultrapassar.

2. Barreiras comunicativas e os resultados da carência de informação

Levando em consideração os desafios comunicativos de uma criança com TEA, e suas especificidades, pode ser desafiador adquirir experiência e conhecimento sozinha, ela irá precisar de direcionamentos e conversas mais objetivas e completas, que tirem todas as suas dúvidas e lhe prepare para a vida de uma maneira que sozinha ela não conseguiria. Pessoas com TEA podem apresentar dificuldades em estabelecer e/ou manter relacionamentos sociais, levando a exclusão entre colegas de sala em alguns casos. Naturalmente, passar por rejeições pode resultar em ainda mais dificuldade para interação social, principalmente no caso de desenvolver baixa autoestima e uma retração social ainda maior, o que poderá atrapalhar

futuramente para que ela possa se envolver socialmente com outras pessoas, tendo em vista que ela já pode possuir uma carência natural das habilidades sociais (Bejerot, Eriksson, 2014).

Uma observação importante é que a educação sexual não está apenas relacionada às relações sexuais, mas também ao ensino sobre as mudanças do corpo humano em nível íntimo, como realizar uma higiene íntima adequada. As crianças são uma parte importante da saúde coletiva, tanto pelo cuidado que os adultos devem aplicar nelas, quanto porque os agravos e hábitos que ocorrem ou começam nesta fase podem ter um impacto em suas vidas. Além disso, durante a infância, existem várias mudanças, principalmente físicas e psicológicas, características do crescimento e desenvolvimento das crianças (Ramos *et al.*, 2020).

Também é importante saber reconhecer quais lugares do corpo são permitidos alguém tocar ou olhar, uma questão de segurança que não pode ser ignorada. O Ministério da Saúde emitiu no seu boletim epidemiológico em 2023 o índice de crianças de 0 à 9 anos que sofreram violência sexual entre os anos 2015-2021, e durante a filtragem de dados foi obtido o número de 2.802 crianças com deficiência/transtorno que sofreram violência sexual de um total de 83.571 notificações de violência sexual contra crianças, ou seja, em 100% dos casos notificados nesse período 3,35% são crianças com deficiência (Brasil, 2023).

André *et al.* (2021) relataram em seu estudo que as crianças se tornam mais vulneráveis a situações como essa por não terem um preparo anterior, os pais de crianças com TEA pressupõem que não é importante ensinar sobre educação sexual por ser algo que não fará parte da vida dos filhos ou por não acreditarem que os filhos terão independência para lidar com o próprio corpo e com as mudanças do mesmo. Por isso descartam esse assunto julgando-o como desnecessário, e isso acaba deixando-os vulneráveis para situações como violência sexual ou descuido com o próprio corpo, porque eles não conseguem entender o que estão vivendo se não foram previamente ensinados.

Assim como apontado por Pryde e Jahoda (2018), os pais têm um papel central nesse processo, eles são as pessoas que mais convivem e conseguem elaborar um canal de comunicação que se adeque ao mundo da criança, então eles podem fornecer uma visão valiosa sobre as necessidades e dúvidas que seus filhos sozinhos não vão ser capazes de perceber e ser uma fonte de aprendizado para eles.

Segundo André *et al.* (2021), a dificuldade que os pais possuem de comunicação com seus filhos varia muito com o nível de TEA da criança, com níveis entre 2 e 3 a dificuldade de comunicação se torna maior e isso também influencia na decisão de deixar de fora temáticas complexas como a educação sexual. E não é apenas uma tarefa dos pais, as escolas também

devem ser aptas para aplicar o ensino sobre educação sexual para crianças independentes delas serem neuroatípicas ou neurotípicas. Bloor *et al.* (2022) discorrem em seu estudo sobre como os professores não adaptam os recursos de ensino para atender as necessidades dos alunos com TEA, com um foco específico na comunicação e nas necessidades sensoriais para esse público.

Para Ortega-Torralbas *et al.* (2023), a aprendizagem socioafetiva é altamente complexa e, como tal, é mais fácil de abordar em situações formais, como ambientes acadêmicos, onde pode ser mais frutífera. Principalmente na infância, fase em que o indivíduo está sendo moldado e por isso ele vai absorvendo com mais facilidade e empenho tudo o que lhe é apresentado, para depois selecionar o que se assemelha com os gostos dele e o que não lhe interessa.

Entretanto, encontrar uma forma de comunicação eficiente para uma criança com TEA é um desafio, principalmente nos níveis 2 e 3 em que a comunicação verbal se torna mais limitada. Visando isso, o atual artigo buscou apresentar formas diferentes de aplicar a educação sexual na infância que sejam utilizadas tanto no ambiente familiar quanto por profissionais da educação ou da saúde.

3. Alternativas de comunicação inclusiva

No estudo de Leadbitter *et al.* (2020) foi apresentado o método PACT, que utiliza o aumento da sincronia parental, ou seja, observa cuidadosamente qual a forma que a criança utiliza para se comunicar e estimula o pai/responsável a se envolver naquela forma de comunicação em busca de uma resposta.

A partir disso, pode-se compreender que tudo retorna para o mesmo ponto inicial: a comunicação. Para que exista um canal de comunicação eficiente, no qual as informações são emitidas e recebidas de modo correto e ativo, é necessário que as pessoas envolvidas utilizem o mesmo código. No âmbito das crianças neuroatípicas, elas vão possuir uma forma de comunicação alternativa, em que é necessário utilizar habilidades de comunicação que atraiam a atenção delas e sejam de fácil compreensão (Dias, 2020; Montenegro *et al.*, 2023).

Em alguns casos de indivíduos com TEA, é possível reconhecer padrões restritos e repetitivos que podem se referir a um tópico único e específico em que a pessoa demonstra um interesse exacerbado. Com relação a isso, existe o ponto negativo em que os tópicos de conversa são mais limitados acerca do assunto de interesse do indivíduo e, em algumas situações, tentar desviar do assunto pode desencadear estresse, assim como também há o

ponto positivo em que é possível utilizar o hiperfoco como uma ferramenta importante na comunicação. Utilizar o assunto de maior interesse de uma criança para ensinar e explicar coisas, pode chamar mais a atenção dela e fazer com que a mensagem seja melhor recebida por ela (Nascimento *et al.*, 2023).

O princípio de observar como a criança se diverte e interage em seu cotidiano, como Leadbitter *et al.* (2020) expuseram em seu estudo, é importante para investigar o interesse dela por determinada ação, assunto ou objeto – como um tipo de animal favorito, um desenho, uma atividade, um personagem e etc –, e ao compreender isso, pode ser possível utilizar esse interesse para conversar e prender a atenção da criança no que está sendo falado, tornando possível uma comunicação mais eficiente.

Assim como também é possível adotar os pictogramas para deixar o visual mais claro e objetivo, como o método DHACA indica, buscando evitar utilizar palavras ou imagens que confundem a criança ou metáforas que podem ser compreendidas de modo literal por ela. Utilizar imagens que despertem a atenção, palavras fáceis e diretas, com discursos não prolongados, optando-se pelo uso predominante de palavras essenciais. Utilizando-se de uma linguagem dinâmica, facilitará a construção de um canal de comunicação funcional, possibilitando a educação e preparo de uma criança que possua dificuldades cognitivas (Montenegro *et al.*, 2023).

Conclui-se que a comunicação com uma criança neuroatípica possui muitas especificidades, principalmente mediante o nível de TEA dela. E que assuntos mais íntimos muitas vezes são negligenciados para esse público por acreditarem que a falta de habilidade social ou a dependência de outras pessoas tornam esses assuntos desnecessários para esses indivíduos, por acharem que não serão tópicos úteis ou utilizáveis.

A partir disso, mostrou-se que a educação sexual é importante para ajudar no cuidado íntimo, evitando um descuido de higiene, e também para construir uma interação social para essa criança, trabalhando com o conhecimento dela para auxiliar na interação social em um futuro e também para a sua segurança, que muitas vezes se torna um alvo fácil de violência apenas por não possuir nenhum conhecimento do que está acontecendo.

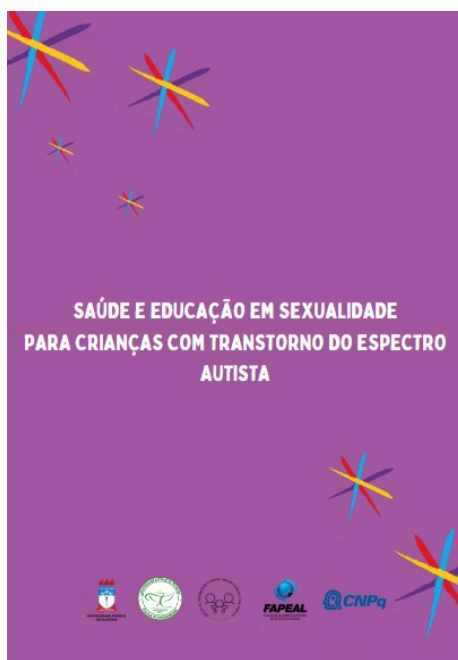
Apesar da dificuldade na comunicação, foi possível analisar que há como promover diferentes canais informacionais com as crianças ao utilizar os próprios interesses da mesma, e que a base fundamental para estabelecer uma linha comunicativa é partir do princípio da observação, acompanhando a forma como a própria criança costuma se comunicar durante sua rotina e quais elementos ela utiliza em sua comunicação. Portanto, um método interessante de comunicação para crianças com TEA é analisar qual o assunto que mais desperta interesse

nelas e usá-lo para exemplificar a informação necessária, emergindo nos interesses dessa criança e utilizando as suas preferências para despertar sua atenção e possibilitar que ela entenda a mensagem, utilizando-se uma linguagem clara e objetiva.

4.2 Delineamento do conteúdo da Cartilha em seus elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais

Nos elementos pré-textuais foram desenvolvidos a capa, o sumário e a ficha de apresentação. A capa foi desenvolvida de forma minimalista, informando o título “Saúde e Educação em Sexualidade de Crianças com Transtorno do Espectro Autista”, utilizando uma cor principal de fundo (roxo) e poucos elementos visuais para limitar a atenção do leitor nas informações que realmente importam (Figura 6), o sumário foi organizado de acordo com as unidades temáticas selecionadas para comporem a cartilha (Figura 7) e a ficha de apresentação pretende esclarecer para o leitor o objetivo central da cartilha digital, explicando brevemente o que o TEA significa e quais pontos estão sendo discutidos no material (Figura 8).

Figura 6 - Capa da cartilha.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 7 - Sumário da cartilha.

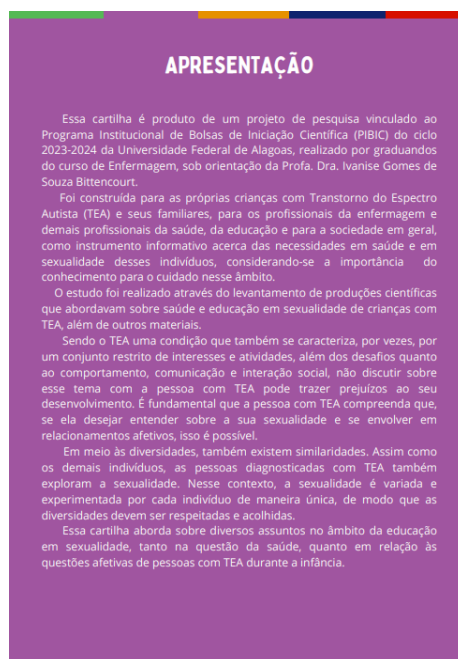


SUMÁRIO

- 1** SAÚDE E HIGIENE ÍNTIMA
- 2** MUDANÇAS NO CORPO
- 3** ABUSO/ASSÉDIO SEXUAL
- 4** SINAIS E SEGURANÇA
- 5** CONCLUSÃO
- 6** AGRADECIMENTOS
- 7** REFERÊNCIAS

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 8 - Ficha de apresentação da cartilha.

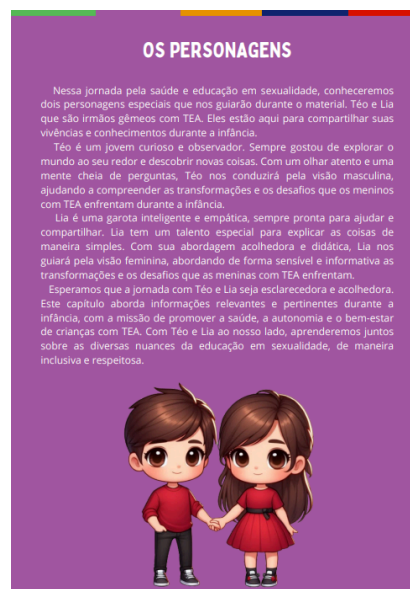


Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em sequência, são apresentados os personagens Téo e Lia (Figura 9), irmãos gêmeos com 5 anos de idade, e com a ajuda deles é possível mostrar as perspectivas masculinas e femininas acerca de cada unidade temática abordada. Os personagens foram desenvolvidos

por Inteligência Artificial, no programa online Criador de Imagens do Bing (<https://www.bing.com/images/create?cc=br>), ficando disponível na plataforma para uso livre.

Figura 9 - Apresentação dos personagens da Cartilha, Téo e Lia.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Para os elementos textuais foi necessário organizar e produzir as unidades temáticas que iriam compor o material didático, apresentando-os da seguinte forma:

Unidade temática 1: Saúde e higiene íntima

A primeira unidade temática inicia-se pela saúde e higiene íntima, em que as instruções informam à criança sobre as partes importantes para a higienização, quais lugares podem ser tocados e por quem, assim como também o que pode ser feito para compreender se algum limite está sendo ultrapassado.

Essa unidade é essencial para o desenvolvimento de uma consciência corporal saudável e para a proteção da criança. A educação sobre saúde e higiene íntima deve ser conduzida com sensibilidade, enfatizando a importância do autocuidado e do respeito ao próprio corpo. As crianças devem aprender, desde cedo, a identificar as partes do corpo que requerem cuidados especiais (figura 10) e a entender que existem limites que precisam ser respeitados por todos ao seu redor.

Além disso, é fundamental que as crianças saibam diferenciar toques apropriados de toques que não são, e que tenham a confiança para comunicar qualquer situação

desconfortável a um adulto de confiança. As orientações devem incluir, por exemplo, a regra de que certas partes do corpo são privadas e não devem ser tocadas por outras pessoas, exceto em situações muito específicas e com o consentimento da criança, como em cuidados médicos ou de higiene por parte dos pais ou cuidadores.

O objetivo dessas instruções não é apenas educar sobre higiene, mas também empoderar as crianças, dando-lhes ferramentas para reconhecer situações inadequadas e saber como reagir. Ensinar sobre limites corporais e consentimento desde cedo é uma maneira eficaz de prevenir abusos e garantir que as crianças cresçam com um senso claro de respeito por si mesmas e pelos outros. Este tipo de educação deve ser contínuo, adaptando-se ao nível de compreensão da criança à medida que ela cresce, para que esses conceitos se tornem parte integrante do seu desenvolvimento pessoal.

Figura 10 - Imagem expondo as áreas que precisam de higiene e cuidados contínuos, tanto em meninos quanto em meninas



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Unidade temática 2: Mudanças no corpo

Em sequência, são as mudanças no corpo, em que é exposto o que deve ser melhor estimulado cognitivamente de acordo com a idade da criança, e também como pode ser abordada as mudanças do corpo mediante cada criança, levando em consideração os interesses das mesmas e as formas como seus corpos evoluem.

À medida que as crianças crescem, seu corpo passa por transformações ósseas, emocionais, hormonais, endócrinas e entre outras, e é crucial que elas compreendam e aceitem essas mudanças de maneira positiva. Por isso é importante que as informações acerca

dessas mudanças corporais sejam passadas de forma gradual, respeitando o ritmo individual e garantindo que a criança se sinta confortável e segura ao aprender sobre o seu próprio corpo.

Esse processo de aprendizado deve começar com conceitos simples e evoluir conforme a criança cresce. Na infância, o foco estará mais centralizado em entender as funções básicas do corpo e como ele responde ao ambiente, como o crescimento de dentes, cabelos, e as mudanças de altura e peso.

É fundamental que essa abordagem seja feita de maneira aberta e sem tabus, permitindo que as crianças façam perguntas e expressem suas dúvidas e medos. O estímulo cognitivo deve ser realizado com maior intensidade nos primeiros anos de vida, levando em consideração que a fase que antecede os 6 anos é o momento em que o desenvolvimento das funções sensoriais exteroceptivas – responsáveis por processar as informações provenientes dos sentidos, como visão, olfato, tato, paladar e audição – estão em plena maturação e as experiências sensoriais desempenham um papel central na construção da percepção do mundo ao seu redor.

É através da exploração sensorial que a criança começa a entender e a interagir com o ambiente. Estimular todos os sentidos de maneira equilibrada e diversificada ajuda a fortalecer as conexões neurais que suportam habilidades cognitivas, motoras e sociais. Por exemplo, a exposição a diferentes texturas, sons, sabores e cheiros não só enriquece o repertório sensorial da criança, mas também contribui para o desenvolvimento da coordenação motora fina e grossa, da linguagem e da capacidade de atenção.

Unidade temática 3: Abuso/assédio sexual

A terceira unidade temática trata da prevenção de abuso e assédio sexual, é um dos mais sensíveis e essenciais na educação de uma criança. Falar sobre esses temas, embora desafiador, é vital para garantir a segurança e o bem-estar das crianças, capacitando-as a reconhecer e reagir a situações inadequadas.

Educar a criança sobre quais partes do seu corpo são privadas e devem ser protegidas é o primeiro passo (Figura 11). Isso envolve ensinar que existem limites claros sobre quem pode tocar essas áreas e em quais contextos, como durante a higiene pessoal realizada pelos pais ou cuidadores, ou em consultas médicas realizadas por profissionais de saúde.

Figura 11 - Áreas que não podem ser tocadas fora de contexto (círculos vermelhos) e as que merecem atenção para toques longos e desconfortáveis (círculos amarelos).



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Além de identificar quais regiões do corpo não devem ser tocadas por outros, é igualmente crucial discutir com a criança sobre o que constitui um comportamento inadequado, como certos tipos de toques, beijos ou abraços que possam fazê-la se sentir desconfortável (figura 12).

Figura 12 - Exemplos de ações inadequadas para realizar com crianças.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Outro aspecto essencial dessa temática é a comunicação aberta e contínua entre a criança e seus responsáveis. As crianças precisam saber que podem e devem falar com os pais ou cuidadores sobre qualquer situação que as deixe confusas, assustadas ou desconfortáveis. Essa comunicação deve ser incentivada de forma que a criança sinta-se segura e ouvida, sem medo de repreensão ou julgamento. Criar um ambiente de confiança é fundamental para que a criança se sinta à vontade para relatar qualquer tipo de comportamento que lhe pareça estranho ou inadequado.

Unidade temática 4: Sinais e segurança

O último assunto discutido, que trata dos sinais e da segurança, é fundamental para a proteção contínua da criança. Compreender e reconhecer os sinais emitidos por uma criança é uma habilidade crucial para pais, cuidadores e educadores, pois é através desses sinais que muitas vezes se revela o estado emocional, o bem-estar e, por vezes, situações de risco que a criança pode estar enfrentando.

As crianças, especialmente as neuroatípicas, nem sempre conseguem expressar verbalmente o que estão sentindo ou passando. Por isso, é vital que os adultos ao redor estejam atentos a sinais não verbais e mudanças sutis de comportamento (Figura 13). Esses sinais podem incluir alterações no padrão de sono, apetite, disposição, humor, ou mesmo na forma como a criança interage com outras pessoas. Uma criança que costumava ser extrovertida e alegre pode, por exemplo, tornar-se subitamente retraída ou ansiosa, o que pode indicar que algo está errado.

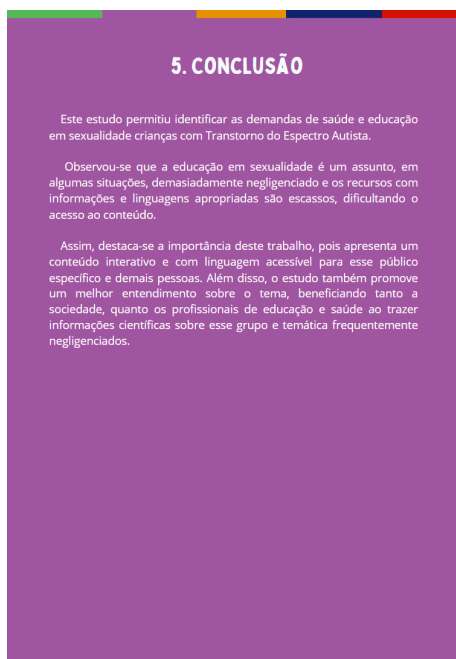
Figura 13 - Exemplos de expressões faciais que podem ser apresentadas para as crianças apontarem com quais se identificam.



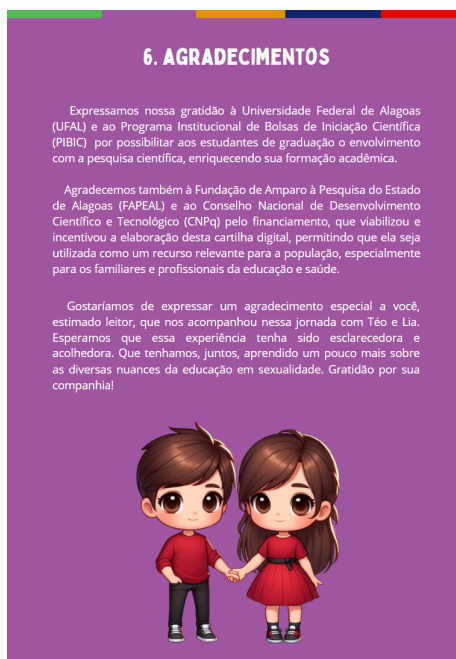
Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Além disso, sinais físicos, como marcas ou hematomas inexplicáveis, mudanças na higiene pessoal ou a recusa em participar de atividades que antes eram prazerosas, também devem ser observados com atenção. Esses indicadores podem ser sinais de que a criança está enfrentando algum tipo de abuso ou desconforto. O comportamento sexualizado inapropriado para a idade também é um alerta importante, especialmente se surgir de forma repentina ou sem explicação.

Por fim, para a produção dos elementos pós-textuais foi produzida uma breve conclusão constando os principais objetivos da cartilha (Figura 14), assim como também uma página para os agradecimentos (Figura 15) e a parte de referências bibliográficas devidamente organizadas.

Figura 14 - Conclusão da cartilha.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Figura 15 - Agradecimentos da cartilha.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

5. DISCUSSÃO

Este estudo buscou descrever como foi realizado o processo de criação de uma cartilha digital sobre saúde e educação em sexualidade de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), evidenciando que o objetivo da produção desse material seria facilitar - para as próprias crianças, pais e/ou responsáveis, educadores e profissionais da saúde - o processo de educação durante a infância de indivíduos com TEA.

Com relação a educação em sexualidade para crianças neuroatípicas, foram discutidos tópicos importantes no cuidado com a criança. Como o ensino acerca do direito de dizer "não" em qualquer situação que a faça sentir-se desconfortável ou insegura, independentemente de quem esteja envolvido, seja um adulto conhecido, como um parente ou amigo da família, ou um estranho. Este direito ao consentimento e a autodeterminação do próprio corpo deve ser reforçado consistentemente (Pelisoli; Piccoloto, 2010).

Assim como também educar a criança sobre a prevenção de abuso e assédio sexual é um processo contínuo, que deve ser revisitado à medida que a criança cresce e sua compreensão do mundo se aprofunda. À medida que as crianças se tornam mais independentes e começam a interagir com um círculo social mais amplo, como na escola ou em atividades extracurriculares, é importante reforçar esses ensinamentos para que estejam preparadas para proteger a si mesmas em uma variedade de situações. Essa educação, além de promover a segurança pessoal, também empodera a criança, fortalecendo sua autoestima e sua capacidade de estabelecer limites claros nas suas interações sociais. Dessa forma, a criança não só aprende a se proteger, mas também a entender a importância do respeito mútuo e do consentimento em todas as relações humanas (Pryde; Jahoda, 2018)

A partir desse ensino é possível reconhecer os sinais emitidos pela criança, levando em consideração as novas formas de compreensão e expressão que elas estão sendo instruídas. A vigilância constante da segurança da criança envolve não apenas a observação desses sinais, mas também a criação de um ambiente onde ela se sinta confortável para expressar suas preocupações. Isso significa estabelecer uma rotina de diálogo onde a criança saiba que pode falar sobre qualquer coisa, a qualquer momento, sem medo de repreensão ou julgamento (Jerebine *et al.*, 2022)

O processo de produção de uma cartilha digital envolve diversas etapas, desde a pesquisa e planejamento até a criação e validação do material. Inicialmente, foi fundamental realizar um levantamento teórico sobre o desenvolvimento sexual de crianças com TEA e

sintetizar as informações adquiridas em uma revisão integrativa, considerando suas necessidades específicas de comunicação e compreensão.

Na etapa de planejamento, a linguagem e o formato da cartilha foram definidos, priorizando uma abordagem clara, acessível e funcional. Elementos visuais e interativos foram incorporados para facilitar a compreensão das crianças, que podem ter dificuldades com textos complexos. O conteúdo também possui uma linguagem possível para ser utilizada por pais, cuidadores, educadores ou profissionais da saúde, facilitando o uso como uma ferramenta de apoio no dia a dia.

Os impactos dessa cartilha na enfermagem são importantes. Primeiramente, enfermeiros que atuam com crianças neuroatípicas ou em ambientes de educação em saúde terão à disposição um recurso importante para abordar temas sensíveis como a sexualidade de forma ética e respeitosa. A cartilha pode ajudar os profissionais de enfermagem a orientar os cuidadores sobre o desenvolvimento sexual de crianças com TEA, oferecendo estratégias para lidar com comportamentos sexuais e promover uma educação sexual saudável e adequada. Além disso, contribui para a promoção de uma prática de enfermagem mais inclusiva, alinhada com os princípios de respeito à diversidade e aos direitos das pessoas com deficiência (Brasil, 2011).

Ao incorporar essa ferramenta educativa no trabalho, os enfermeiros também ajudam a fomentar uma cultura de cuidados preventivos, que inclui a promoção da saúde sexual de crianças com TEA, fortalecendo a confiança entre profissionais, pacientes e suas famílias (Remor *et al.*, 2009).

Pensando nisso, o uso de Tecnologias Educativas Digitais (TED) pode ser um grande aliado no âmbito da saúde, o princípio da universalidade do SUS deve ser abordado utilizando estratégias que vão além do simples acesso físico aos serviços de saúde. É necessário ampliar essa visão para incluir o acesso e a acessibilidade a informações que permitam a construção de conhecimentos. Isso, por sua vez, contribui para a emancipação social, fortalecendo a garantia do direito à saúde (Almeida *et al.*, 2022).

Considerando a capacidade positiva de acessibilidade que as cartilhas digitais podem oferecer é interessante apresentar assuntos com pouco alcance, como é o caso da educação em sexualidade de crianças com TEA. Todas as crianças com TEA passam pelas mesmas fases de maturação e desenvolvimento sexual que os indivíduos neurotípicos. No entanto, a dificuldade em desenvolver habilidades de comunicação e interação social adequadas pode prejudicar a formação de uma identidade social e sexual. Como resultado, algumas dessas crianças podem apresentar comportamentos considerados sexualmente inapropriados. Esses

comportamentos, somados à falta de conhecimento dos cuidadores sobre o desenvolvimento sexual e as particularidades comportamentais de seus filhos com TEA, são uma preocupação importante (Fourie *et al.*, 2017).

Para conseguir expor a importância da introdução desta temática na infância de indivíduos neuroatípicos é necessário utilizar comunicações inclusivas, que possam alcançar esse público preenchendo as lacunas de dificuldades comunicativas inseridas neste contexto (Moreschi; Almeida, 2012). Levando isso em consideração, foi necessário inserir na cartilha digital elementos textuais e visuais que pudessem ser compreensíveis para crianças com TEA e pudessem ser replicadas e utilizadas em ambiente domiciliar, educacional ou hospitalar.

Um possível ambiente para integrar o uso da cartilha digital é na puericultura, que foca na saúde e no bem-estar infantil, sendo uma ferramenta valiosa para promover o desenvolvimento integral dessas crianças desde o nascimento. A puericultura pode se beneficiar do uso desses materiais ao abordar, no momento da consulta, temas sensíveis como o autoconhecimento do corpo, higiene íntima, consentimento e limites de maneira acessível e adaptada às necessidades específicas das crianças com TEA.

Também é importante ressaltar que a produção desta cartilha enfrentou desafios significativos devido às limitações encontradas na literatura científica sobre educação em sexualidade de crianças com TEA. Embora o tema seja crucial para o desenvolvimento dessas crianças, há uma escassez de estudos e materiais específicos que abordem de forma adequada às particularidades do TEA nesse contexto. Apesar dessas limitações, o conteúdo foi elaborado de forma cuidadosa, com foco na acessibilidade e no respeito às necessidades individuais das crianças neuroatípicas, com o intuito de fornecer um recurso útil e prático.

6. CONCLUSÃO

O material didático digital foi criado seguindo uma linha de comunicação inclusiva, com a predominância de linguagem mista, explorando elementos visuais e textuais que se apresentam objetivos em sua mensagem. Todas essas características foram pensadas para atender as necessidades comunicativas de crianças com TEA, sendo um material que poderia ser utilizado pelos próprios indivíduos, pais e/ou responsáveis, profissionais da educação ou saúde.

A criação da cartilha digital representa um avanço significativo na promoção da educação sexual infantil, especialmente no que diz respeito ao cuidado íntimo e à interação social das crianças. Ao abordar de forma clara e acessível questões essenciais sobre higiene e autocuidado, a cartilha oferece uma base sólida para que as crianças desenvolvam uma consciência corporal saudável. Isso é crucial não apenas para evitar descuidos de higiene, mas também para fomentar uma relação positiva com o próprio corpo, essencial para o bem-estar físico e emocional.

A educação sexual, além de ser uma ferramenta para o cuidado pessoal, desempenha um papel fundamental na construção das habilidades sociais da criança. Ao adquirir conhecimento sobre seu corpo e suas funções, a criança é capacitada a interagir de maneira mais consciente e segura com os outros.

Um dos maiores desafios na educação sexual infantil é a comunicação, especialmente com crianças que podem ter dificuldades em expressar-se verbalmente ou em compreender conceitos complexos. No entanto, a cartilha digital superou esse desafio ao desenvolver diferentes canais de comunicação que são adaptados aos interesses e às necessidades específicas de cada criança. Ao utilizar elementos que capturam a atenção da criança - como ilustrações, histórias interativas ou jogos educativos - o material se torna não apenas informativo, mas também envolvente e acessível. Isso facilita a absorção do conteúdo e permite que as crianças aprendam de forma lúdica e significativa.

O suporte digital oferecido pela cartilha também torna a educação sexual mais acessível e funcional. A flexibilidade do formato digital permite que o material seja utilizado em diversos ambientes - seja em casa, na escola ou em hospitais - o que amplia o alcance da informação para diferentes públicos e contextos. A acessibilidade desse instrumento educacional é um dos seus grandes diferenciais, pois ele pode ser facilmente adaptado e personalizado para atender às necessidades de cada criança, independentemente do seu ambiente ou condição.

Em suma, a cartilha digital não apenas reforça a importância da educação sexual para o cuidado íntimo e a interação social, mas também destaca a necessidade de tornar esse conhecimento acessível e adaptável. Ao oferecer um recurso que pode ser utilizado de forma flexível em diferentes contextos, a cartilha contribui para a formação de uma geração mais informada, consciente e preparada para lidar com as complexidades do mundo ao seu redor, sempre com segurança e confiança.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no apoio ao desenvolvimento de crianças com TEA. A criação de uma cartilha voltada para discutir saúde e educação em sexualidade para esse público é uma estratégia essencial para abordar temas sensíveis de maneira acessível e respeitosa, podendo oferecer orientações sobre o corpo, higiene pessoal, limites e consentimento, sempre adaptadas às particularidades cognitivas e sensoriais das crianças neuroatípicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. W. S. et al. Saúde digital e enfermagem: ferramenta de comunicação na Estratégia Saúde da Família. **Acta paul enferm**, 2022.

ANDRÉ, T. et al. Comunicación Sexual en Padres de Hijos con Trastorno del Espectro Autista. **Siglo Cero**, Mai, 2021.

APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. **American Psychiatric Association**, Washington, D.C; 2014.

BLOOR, D. et al. Investigating the Challenges of Teaching Sex Education to Autistic Learners: A Qualitative Exploration of Teachers' Experiences. **ScienceDirect**, Set, 2022.

BORGES, V. M; MOREIRA, L. M. A. Transtorno do espectro autista: descobertas, perspectivas e Autism Plus. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 2, p. 230-235, 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília, DF, Nov, 2011.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF, Dez, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico: Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Brasília, DF, Mai, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania. Brasília, DF, 2024.

BREUNER, C. C; MATTSON, G. Sexuality Education for Children and Adolescents. **Pediatrics**, 2016.

CESA, C. C; MOTA, H. B. Comunicação Aumentativa e Alternativa: Panorama dos periódicos brasileiros. **Rev. CEFAC**, 2015.

CUNHA, E. Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. 5. ed. **Wak editora**, Rio de Janeiro, 2014.

DIAS, C. A comunicação e a importância de se comunicar bem. **Saberes em foco**, RS, v. 3, n.1, p. 288s-297s, 2020.

FOURIE, L; KOTZÉ, C; VAN DER WESTHUIZEN, D. Clinical and demographic factors associated with sexual behaviour in children with autism spectrum disorders. **South African Journal of Psychiatry**, 2017.

FRAWLEY, P; MCCARTHY, M. Supporting people with intellectual disabilities with

sexuality and relationships. **J Appl Res Intellect Disabil**, p. 919-920, 2022.

GIRIANELLI, V. R. et al. Diagnóstico precoce do autismo e outros transtornos do desenvolvimento, Brasil, 2013-2019. **Revista de Saúde Pública**, 2023.

HOUTROW, A; ELIAS, E. R; DAVIS, B. E. Promoting Healthy Sexuality for Children and Adolescents With Disabilities. **Pediatrics**, Jul, 2021.

JEREBINE, A. et al. “Children are precious cargo; we don’t let them take any risks!”: Hearing from adults on safety and risk in children’s active play in schools: a systematic review. **Int J Behav Nutr Phys**, 2022.

KAMALUDIN, N. N. et al. Barriers and Concerns in Providing Sex Education among Children with Intellectual Disabilities: Experiences from Malay Mothers. **Int J Environ Res Public Health**, 2022.

LEADBITTER, K. et al. Parent perceptions of participation in a parent-mediated communication-focussed intervention with their young child with autism spectrum disorder. **Autism**, 2020.

LOUZADA, J. Autismo através dos séculos: uma análise histórica do desenvolvimento deste transtorno e seu impacto na sociedade. **Revista Tópicos**, v. 2, n. 11, 2024.

MARTINO, S.C. et al. Beyond the “big talk”: the roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. **Pediatrics**, 2008.

MAENNER, M. J. et al. Prevalência e características do transtorno do espectro do autismo entre crianças de 8 anos - Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento, 11 Sites, Estados Unidos, 2020. **CDC**, 2023.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. DE C. P; GALVÃO, C. M. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, Fev, 2019.

MONTENEGRO, A. et al. Método de Desenvolvimento das Habilidades de Comunicação no Autismo – DHACA: validação da aparência e do conteúdo. **CoDAS**, 2023.

MORESCHI, C. L; ALMEIDA, M. A. A comunicação alternativa como procedimento de desenvolvimento de habilidades comunicativas. **Revista Brasileira De Educação Especial**, 2012.

NASCIMENTO, T; PROMMERCHENKEL, V; SANTOS, M. Hiperfoco como caminho para o aprendizado e inclusão de alunos com autismo. **Periódicos da UFES**, Out, 2023.

NAZARÉ, D. Contexto histórico do autismo: Dos diferentes modelos explicativos ao movimento da neurodiversidade. **Universidade de Brasília**, Faculdade de Educação, 2023.

PEREIRA, E. T. et al. Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. **CoDAS**, 2020.

PETERS, M. et al. Methodology for JBI Scoping Reviews. In book: The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Australia: the **Joanna Briggs Institute**, p.1-24, 2015.

POLIT, D. F; BECK, C. T. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. **Artmed**, p. 247-368, 2011.

PRYDE, R; JAHODA, A. A qualitative study of mothers' experiences of supporting the sexual development of their sons with autism and an accompanying intellectual disability. **International Journal of Developmental Disabilities**, p.166–174, 2018.

RAMOS, L. et al. Instruções de higiene na escola e na sociedade como ação de saúde e prevenção de doenças: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ago, 2020.

REMOR, C. B. et al. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Esc Anna Nery**, 2009.

SILVA, M; MULICK, J. A. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia: Ciência E Profissão**, p. 116–131, 2009.

SILVEIRA, M. de S; COGO, A. L. P. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, 2017.

SCHWIER, K. “God finally shut him up.” – Dave Hingsburger. **Open future learning**, 2021.

TAMANAH, A. C; PERISSINOTO, J; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. **Rev soc bras fonoaudiol**, 2008.

TOGASHI, C. M; WALTER, C. C. F. As Contribuições do Uso da Comunicação Alternativa no Processo de Inclusão Escolar de um Aluno com Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista Brasileira De Educação Especial**, p. 351–366, 2016.