

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO

ANNY JESSYCA GARCIA SILVA

**O ESPAÇO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA AUTISTA: UM ESTUDO DE
CASO EXPLORATÓRIO A PARTIR DE PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PÓS-
OCUPAÇÃO**

MACEIÓ
2018

ANNY JESSYCA GARCIA SILVA

O ESPAÇO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA AUTISTA: UM ESTUDO DE
CASO EXPLORATÓRIO A PARTIR DE PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO PÓS-
OCUPAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Alagoas como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Dr. Odair Barbosa De Moraes

Maceió
2018

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale – CRB4 - 661

S586e Silva, Anny Jessyca Garcia.

O espaço do desenvolvimento da criança autista : um estudo de caso exploratório a partir de procedimentos de avaliação pós-ocupação / Anny Jessyca Garcia Silva. – 2018.

174 f. : il. color.

Orientador: Odair Barbosa de Moraes.

Dissertação (mestrado em Arquitetura e Urbanismo: Dinâmicas do Espaço Habitado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Maceió, 2018.

Bibliografia: f. 132-138.

Apêndices: f. 139-169.

Anexos: f. 170-174.

1. Arquitetura. 2. Centros assistenciais – Avaliação pós-ocupação (APO).
3. Autismo infantil – Alagoas. 4. Psicologia ambiental. I. Título.

CDU: 725.5(813.5)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO
MESTRADO EM DINÂMICAS DO ESPAÇO HABITADO

Anny Jessyca Garcia Silva

O ESPAÇO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA AUTISTA: UM
ESTUDO DE CASO EXPLORATÓRIO A PARTIR DE PROCEDIMENTOS DE
AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO

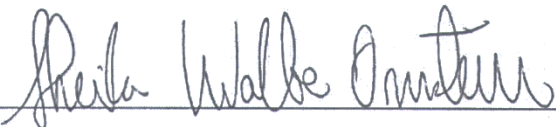
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Alagoas como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo.

APROVADA em 29/08 / 2018

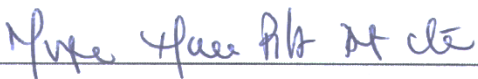


Prof. Dr. Odair Barbosa de Moraes
Universidade Federal de Alagoas – UFAL


BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Sheila Walbe Ornstein
Universidade de São Paulo - USP



Profª. Dra. Morgana Pitta Cavalcante
Universidade Federal de Alagoas – UFAL



Profª. Dra. Suzann Flavia Cordeiro de Lima
Universidade Federal de Alagoas – UFAL

AGRADECIMENTOS

Percebo a força de Deus ao vivenciar pequenas e grandes movimentações nessa trajetória, aleatórias num primeiro momento, mas que culminaram no amadurecimento e escrita desta pesquisa.

Sou grata a todo apoio e incentivo que recebi de familiares, amigos e professores. Em especial, meus pais, irmãos e meu noivo. Aos meus gatinhos Jerry e Phoebe, por tornarem esse caminho mais leve e pela companhia durante meus estudos e madrugadas de análises e escrita. A minha tia madrinha, pelo cuidado e abrigo em Maceió. Ao meu orientador, pela aprendizagem e construir junto comigo este estudo. Minha banca, pelas contribuições e aprendizado. Aos pais e profissionais que compartilharam suas experiências na busca de um espaço mais adequado às necessidades de suas crianças.

À CAPES pela bolsa concedida, sem a qual não poderia realizar essa etapa em minha vida e a todos aqueles que acreditam na importância da pesquisa científica na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

RESUMO

Estimativas do Instituto de Psiquiatria da USP revelam que existem aproximadamente 2 milhões de pessoas com autismo no Brasil. Apesar da observação do número crescente de espaços de tratamento exclusivo ao público infantil com autismo nos últimos 30 anos, foi constatado que os mesmos ainda não possuem recomendações que ultrapassem a simples listagem de ambientes, recursos humanos e equipamentos. Assim, as especificidades desses espaços não são contempladas nos manuais do Ministério da Saúde. Esta dissertação teve como objetivo avaliar o ambiente construído voltado para o tratamento de crianças autistas em Alagoas sob o ponto de vista de seus usuários com ênfase no ambiente enquanto facilitador às atividades. A metodologia empregada consistiu em uma Avaliação Pós-Ocupação de um centro assistencial ao autismo em Alagoas a partir de uma abordagem multi-métodos, fundamentada em pesquisa qualitativa e quantitativa. Diferentes métodos de avaliação e percepção foram utilizados para compreensão da relação ambiente e usuário, tais como: walkthrough, questionários, entrevistas e jogo das imagens. Os resultados obtidos proporcionaram uma análise da qualidade do ambiente sob o ponto de vista técnico e de seus usuários. A partir da análise do jogo das imagens, aplicado com profissionais e pais de crianças com autismo, percebeu-se um alinhamento nos aspectos elegidos como favoráveis ao acolhimento dos usuários e desenvolvimento das atividades. Os profissionais também forneceram informações de como a criança lida e reage a diferentes estímulos presente no ambiente. A inclusão dos pais nesse processo forneceu dados para a identificação de opções de ambientes de acordo com a vivência e observação dos mesmos sobre a relação do filho e o espaço físico. Os dados serviram de base para recomendações de ambientes compromissados com as especificidades de crianças com autismo. Espera-se ainda, com este trabalho, contribuir com a melhoria dos espaços assistenciais ao autismo em Alagoas, ampliando a discussão de como o espaço pode ser um facilitador no atendimento e atividades ali desenvolvidas, além de proporcionar bem-estar em seus usuários.

Palavras-chave: Arquitetura. Autismo Infantil. Avaliação Pós-Ocupação (APO). Centros Assistenciais. Psicologia Ambiental.

ABSTRACT

Estimations from the Institute of Psychiatry at USP reveal that there are approximately 2 million people with autism in Brazil. Observing the increasing number of treatment spaces created exclusively to children with autism in the last 30 years, it has been verified that they do not yet have recommendations that go beyond the simple listing of environments, human resources, and equipment. Thus, the specificities of these spaces are not contemplated in the Ministry of Health's manuals. This work aimed to evaluate the built environment for autistic children treatment in the Alagoas state - Brazil, from the point of view of its users with an emphasis on the environment as a facilitator of activities. The methodology used consisted of a Post-Occupancy Evaluation of an autism assistance center in Alagoas, based on a multi-method approach, substantiated on qualitative and quantitative researches. Different methods of evaluation and perception were used to understand the relationship between user and environment, such as walkthrough, checklist, questionnaires, interviews and games with pictures. The results obtained allowed an analysis of the environment quality considering its users' technical point of view. From the analysis of the game with pictures, applied with professionals and parents of children with autism, it was noticed a consensus on the aspects chosen as favorable to the host of users and development of activities. The professionals also provided information on how children with autism deal with and react to different stimuli present in the environment. The inclusion of parents in this process provided data to the identification of options of environments according to the experience and the observation of the relation between children and the physical space. The data served as base for recommendations of environments committed with the specificities of children with autism. It is expected that this study will contribute to the improvement of the autism assistance centers, expanding the discussion on how the space can be a facilitator in the attendance and in the activities developed there, in addition to provide welfare to its users.

Keywords: Architecture. Assistance Centers. Childhood Autism. Environmental Psychology. Post-Occupancy Evaluation (POE).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nova nosologia para o processamento sensorial.....	37
Figura 2 – Instalação interativa para o autismo.	42
Figura 3 - Diretrizes projetuais do estudo de Brand.	42
Figura 4 - Espaços de transição.	45
Figura 5 - Diversidade sensorial.....	46
Figura 6 – Sala estruturada para tratamento TEACCH.....	48
Figura 7 – Perspectiva externa da AMA Vila Ré, projeto do arquiteto Ruy Ohtake.	55
Figura 8 – Tipos de conforto expresso no manual da Anvisa.	55
Figura 9 - Localização Tetris.....	66
Figura 10 - Reformas e ampliações.	68
Figura 11 - Vigas metálicas para fixação de equipamentos.	69
Figura 12 - Instituição ao longo dos anos.....	70
Figura 13 – Croqui da instituição.....	71
Figura 14 - Acesso ao Centro Tetris.....	72
Figura 15 - Rampa de acesso à recepção.....	74
Figura 16 - Acesso à recepção.....	75
Figura 17 - Recepção 01.....	75
Figura 18 - Crianças brincando no chão da recepção.....	76
Figura 19 - Sala de terapia individual.....	76
Figura 20 - Sala de integração sensorial.....	77
Figura 21 - Recepção do edifício mais antigo.	78
Figura 22 - Portas de vidros com adesivos.	79
Figura 23 - Circulação Edifício 01.	79
Figura 24 - Sala de fonoaudiologia.....	80
Figura 25 - Sala de fisioterapia.....	80
Figura 26 - Sala de administração.	81
Figura 27 - Problemas na sala de administração.	81
Figura 28 - Cozinha.	82
Figura 29 - Banheiro.....	83
Figura 30 - Área externa.....	83
Figura 31 - Parquinho.	84
Figura 32 - Incidência de sol na área externa.	85

Figura 33 - Acesso à área posterior da edificação 01.	86
Figura 34 - Caixa de esgoto.	86
Figura 35 - Cerca elétrica.	87
Figura 36 - Brinquedo com madeira quebrada.	87
Figura 37 - Nuvem de palavras de aspectos positivos segundo pais e responsáveis.	96
Figura 38 – Nuvem de palavras de aspectos negativos segundo pais e responsáveis.	97
Figura 39 - Aplicação jogo das imagens.	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos entrevistados.	89
Gráfico 2 - Avaliação da instituição pelos profissionais.	92
Gráfico 3 - Sexo dos respondentes.	93
Gráfico 4 - Idade dos respondentes.	94
Gráfico 5 - Escolaridade dos respondentes.....	94
Gráfico 6 - Transporte mais usual.	94
Gráfico 7 - Tempo que frequenta a instituição.	95
Gráfico 8 - Principais aspectos considerados ao optar pela instituição.	96
Gráfico 9 - Avaliação da instituição pelos pais.	99
Gráfico 10 - Relação da criança com o espaço físico.....	105
Gráfico 11 - Escalonamento multidimensional da relação ambiente e criança.	108
Gráfico 12 - Recepção mais citada.	110
Gráfico 13 - Sala de integração sensorial mais citada.	112
Gráfico 14- Sala de atendimento individual mais citada.	113
Gráfico 15 - Sala para reabilitação física.....	114
Gráfico 16 - Sala de terapia ocupacional.....	115
Gráfico 17 - Ambiente para lazer.	116
Gráfico 18 - Sala para avaliação individual.....	117
Gráfico 19 - Sala de fonoaudiologia.....	118
Gráfico 20 - Corredor.	119
Gráfico 21 - Fachada mais citada.	120
Gráfico 22 - Imagens que mais caracterizam um estabelecimento assistencial ao autismo...	122
Gráfico 23 - Distribuição na escolha entre pais e profissionais.	123
Gráfico 24 - Imagens mais escolhidas por pais.	124
Gráfico 25 - Imagens mais escolhidas por profissionais.	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características do Autismo.....	32
Quadro 2 - Principais tratamentos do autismo.....	33
Quadro 3 - Modelo de processamento sensorial de acordo com Dunn	37
Quadro 4 – Diretrizes de desenho arquitetônico gerada pela Matriz de Desenho Sensorial....	39
Quadro 5 - Estrutura Física CER.....	54
Quadro 6 - Distribuição de CER em Alagoas.....	64
Quadro 7 - Ambientes preferidos.	102
Quadro 8 - Ambiente que o filho mais gosta.....	103
Quadro 9 - Interpretação dos fatores.	106
Quadro 10 - Recomendações para o Centro Tetris.....	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Avaliação da instituição pelos profissionais.	92
Tabela 2 - Principais aspectos considerados ao optar pela instituição.	95
Tabela 3- Avaliação da instituição pelos pais.	98
Tabela 4 – Avaliação da Instituição – Medida de Incerteza.....	100
Tabela 5 - Relação da criança com o espaço físico.	104
Tabela 6 - Cargas fatoriais para 7 fatores utilizando a rotação Varimax	106
Tabela 7 - Saliência - Jogo das imagens.....	121

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos do trabalho	15
1.2	Delimitação da pesquisa	15
1.3	Estrutura do trabalho	16
2	AUTISMO E A QUALIDADE DO AMBIENTE	17
2.1	Humanização e ambiência em saúde mental	17
2.2	Reforma Psiquiátrica e os espaços de atenção à saúde mental	19
2.3	Pela busca da qualidade no ambiente construído	27
2.4	O autismo infantil.....	29
2.5	Algumas relações no espectro autista e ambiente	35
2.6	A rede da saúde mental à criança com autismo	48
2.7	Avaliação pós-ocupação.....	56
3	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	58
3.1	Levantamentos, walkthrough e checklists	58
3.2	Entrevistas e questionários.....	58
3.3	Jogo de imagens.....	59
3.4	Análise de dados	60
4	OBJETO DE ESTUDO.....	63
4.1	Situação em Alagoas	63
4.2	Centro Tetris.....	65
5	PRINCIPAIS RESULTADOS	72
5.1	O espaço físico	72
5.2	Análise da entrevista com profissionais	88
5.3	Análise dos questionários com pais e responsáveis	93
5.4	Análise do jogo das imagens.....	109
5.5	Do espaço desejado ao espaço construído	125
6	RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
6.1	Recomendações ao Centro Tetris	127
6.2	Recomendações para novos projetos	129
6.3	Considerações finais.....	130
	REFERÊNCIAS.....	132
	APÊNDICES	139
	ANEXOS.....	169

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países, passou por uma reestruturação no modelo assistencial à saúde mental impulsionada pela luta antimanicomial a partir de 1978. A violência e desumanização era uma constante nos tratamentos em instituições. O manicômio, como produto de uma prática psiquiátrica pautada no isolamento, normatização e controle de seus pacientes, teve tais práticas refletidas em seus ambientes, como exemplo podemos citar a cela forte, um cubículo que servia para o castigo e reclusão.

A Reforma Psiquiátrica levou a uma ruptura de práticas e saberes promovida por diferentes atores, possibilitando o tratamento baseado na abertura à comunidade, ou seja, a desinstitucionalização. Contudo é importante lembrar que o país ainda está em processo de transição. Quando se trata de questões objetivas, a exemplo do conforto ambiental, tal menção a melhoria da saúde se faz clara, mas ao se referir a componentes psicológicos e comportamentais se nota uma certa dificuldade de analisar como o ambiente pode contribuir para a melhoria de vida de seus usuários. Nesse sentido, é necessário se atentar a concepção desses espaços, para que possam contribuir também para o conforto psicológico de seus usuários, principalmente daqueles que se encontram em estado de vulnerabilidade mental.

A discussão iniciada nesse contexto da reforma possibilitou a disseminação do conceito de humanização em saúde. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, promovendo o reconhecimento do valor inerente ao ser humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Tal preocupação foi estendida ao espaço arquitetônico dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, com o intuito de promover o bem-estar físico e psicológico dos pacientes. Dessa forma, diferentes normas, leis e portarias caracterizam o ambiente físico de instituições de assistência à saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH). Entre as diretrizes da PNH está o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. O conceito de Ambiência é definido na PNH como espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil, 2006 *apud* Ministério da Saúde, 2013). A PNH recomenda que o espaço, visando a confortabilidade, deve valorizar elementos que interagem com as pessoas: cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, entre outros. Para tanto, as recomendações da PNH são para a população em geral e não englobam certas especificidades

na composição de ambiências. Contudo, é importante salientar que a proposta da PNH não é a criação de normas ou estabelecer parâmetros rígidos, considerações e propostas devem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada situação, local, diferentes demandas e poder de criação do arquiteto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A partir dessa abertura para a discussão de particularidades e demandas como também dos conceitos de humanização e ambiência, sentiu-se necessidade de estudar o ambiente construído assistencial ao autismo infantil, inicialmente por 3 motivos:

(1) verifica-se que há uma lacuna relacionada a investigação das características desses ambientes necessárias para facilitar as atividades ali desenvolvidas. Sendo os centros assistenciais ao autismo ambientes imprescindíveis ao desenvolvimento de crianças autistas e no acolhimento de suas famílias, muitas vezes o único espaço que a criança frequenta, já que a inclusão escolar não é uma realidade para todos.

(2) observou-se uma tendência na criação de espaços de tratamento exclusivamente dedicado ao público com autismo, intensificado a partir dos anos 2000 e, apesar disso, os mesmos ainda não possuem recomendações que ultrapassem a simples listagem de ambientes, recurso humano e equipamentos (MELLO et al, 2013). Assim, as especificidades desses espaços não são contempladas nos manuais do Ministério da Saúde.

(3) estudos demonstram que crianças com autismo apresentam dificuldades no processamento dos estímulos sensoriais do ambiente, afetando o comportamento. Dessa forma, o ambiente construído com grande estimulação sensorial pode sobrecarregar o sistema sensorial de uma criança com autismo.

De acordo com a CID10, Classificação Internacional de Doenças, o autismo é classificado como um Transtorno Global do Desenvolvimento caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, apresentando perturbação do funcionamento nas áreas: interação social, comunicação e comportamento repetitivo. Antes dos anos 1980, no Brasil, não havia o diagnóstico de autismo, falava-se em psicose infantil. Consequentemente não havia tratamento especializado tanto na rede pública de saúde quanto particular e os estabelecimentos voltados ao tratamento de crianças excepcionais acabavam não aceitando pacientes com o transtorno por não possuírem atendimento adequado (MELLO et al, 2013).

Em 1983, foi criada em São Paulo a primeira associação de autismo do país, a Associação de Amigos do Autista (AMA). Após o sucesso da AMA e sua repercussão na mídia, outras associações foram formadas por pais e profissionais, em diferentes estados e municípios. Foi observado que tais espaços surgiram por iniciativa de mães e pais de crianças com transtorno do espectro autista para suprir a carência do Estado e criar instituições de tratamento,

posteriormente tais instituições podem ser beneficiadas com convênios com as Secretarias de Estado de Educação e da Saúde.

A Lei nº12.764, sancionada em 27 de dezembro de 2012, institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução. Esta lei representa um passo importante na luta por políticas públicas, pois pela primeira vez a pessoa com transtorno do espectro autista foi considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. Segundo o Ministério da Saúde, o governo investiu, entre 2011 a 2014, 911 milhões de reais no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, com uma rede de serviços para autistas disponível nas Unidades Básicas de Saúde, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou CAPSi (voltado para crianças e adolescentes) e Centros Especializados em Reabilitação (CER).

O estado de Alagoas conta com poucos estabelecimentos especializados no tratamento da criança autista. Na cidade de Arapiraca, o Espaço TRATE Autismo, centro de reabilitação e reintegração de crianças com autismo, atende exclusivamente pelo SUS (Sistema Único de Saúde), possui atendimento individualizado e terapias. Em Maceió, associações filantrópicas como AMA-AL (Associação de Amigos do Autismo – Alagoas) e ASSISTA (Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Alagoas) oferecem tratamento especializado e gratuito. Estes estabelecimentos possuem extensa fila de espera, pois, além de lidar com a demanda local, recebem pacientes de cidades próximas que não possuem estabelecimentos especializados. Tais instituições funcionam em edificações adaptadas, a AMA, por exemplo, funciona atualmente em uma casa alugada que passou por reformas para atender tal público, podendo apresentar problemas quanto seus aspectos ambientais.

Partindo da compreensão de que: (1) o ambiente construído é palco das atividades, relações, ações e reações humanas, sendo capaz de afetar o indivíduo, e o comportamento humano sendo a ação que afeta diretamente esse mesmo meio criado (Ornstein, 1995); (2) o comportamento humano inclui reações fisiológicas e emocionais, relacionamentos interpessoais, desempenho, produtividade e cognição (Evans, 2005); e (3) o comportamento é uma característica primordial dos seres vivos e que este modifica e molda o ambiente (Skinner, 2003), acredita-se que a criança com autismo, tanto verbal quanto não verbal, molda o ambiente através de suas ações para com o mesmo, sendo através da observação de seu comportamento que profissionais e pais efetuam modificações no espaço com a finalidade de facilitar o tratamento e melhorar a qualidade do ambiente para estes usuários. Assim, é construída a hipótese de que através da observação do comportamento de crianças com autismo a equipe multiprofissional de estabelecimentos para o público com autismo em Alagoas podem

contribuir na investigação de como o ambiente físico pode facilitar o tratamento, adequando-o ao seu principal usuário: a criança com autismo. Dessa forma, compreender essas tomadas de decisão pode contribuir na elaboração de melhores ambiências, potencializando o atendimento.

Tendo tais aspectos em vista, como a interação usuário-ambiente e a investigação da adequação espacial, a metodologia consistiu em uma Avaliação Pós-Ocupação (APO) de um estabelecimento de Alagoas a partir de uma abordagem multi-métodos, fundamentada em pesquisa qualitativa e quantitativa. Foram utilizados diferentes métodos de avaliação e percepção para compreensão da relação ambiente e usuário, tais como: walkthrough, questionários, entrevistas e classificação das imagens (jogo das imagens).

Espera-se, com este trabalho, contribuir com a melhoria dos espaços assistenciais ao autismo em Alagoas, ampliando a discussão de como o espaço pode ser um facilitador no atendimento e atividades ali desenvolvidas, além de proporcionar bem-estar em seus usuários.

1.1 Objetivos do trabalho

1.1.1 Geral

Avaliar o ambiente voltado para o tratamento de crianças autistas em Alagoas sob o ponto de vista de seus usuários com ênfase no ambiente enquanto facilitador às atividades.

1.1.2 Específicos

- Caracterizar o ambiente em estudo, os diferentes usuários e as atividades realizadas;
- Identificar os aspectos positivos e negativos do espaço destinado ao tratamento;
- Identificar estratégias de adequação espacial feitas no espaço físico pela equipe multiprofissional;
- Elencar princípios de recomendações projetuais para elaboração de espaços assistenciais ao tratamento da criança com autismo.

1.2 Delimitação da pesquisa

Este trabalho realiza um estudo de caso exploratório em um estabelecimento exclusivo e específico ao tratamento do autismo em Alagoas através de procedimentos de Avaliação pós-ocupação. A instituição, estudo de caso dessa pesquisa, foi escolhida por oferecer tratamento multidisciplinar e específico ao autismo infantil, proporcionando a qualificação desse espaço pelas necessidades específicas dos usuários.

O termo autismo foi usado ao longo desta pesquisa para se referir a todos os tipos atualmente reconhecidos dentro do espectro autista, incluindo a Síndrome de Asperger, exceto

quando explicitado algum tipo específico. É importante esclarecer que nesta pesquisa não há nenhum julgamento relativo à avaliação da qualidade dos serviços prestados pela instituição, pois esta dissertação aborda exclusivamente os aspectos do ambiente construído.

1.3 Estrutura do trabalho

Esta dissertação foi estruturada em seis capítulos. O **capítulo 01** consiste em uma breve apresentação do tema proposto, seguido de hipótese, objetivos e delimitação da pesquisa.

No **capítulo 02** inicia-se o referencial teórico da dissertação, contextualizando a Reforma Psiquiátrica brasileira e seus desdobramentos referente ao tratamento da saúde mental, incluindo o reflexo no ambiente construído e sua normatização. Sentiu-se indispensabilidade na apresentação do autismo infantil, suas principais características, especificidades e formas de tratamento para compreensão de suas necessidades. Neste capítulo também é discutida a relação ambiente construído e usuário com autismo.

O **capítulo 03** aborda a metodologia e os procedimentos metodológicos utilizados na coleta e análise de dados da pesquisa.

O **capítulo 04** apresenta o objeto de estudo e uma discussão referente a sua espacialidade e atividades.

O **capítulo 05** apresenta e discute os resultados da pesquisa.

No **capítulo 06** foram apresentadas as recomendações para esses ambientes em diferentes aspectos a partir da interpretação dos dados coletados.

2 AUTISMO E A QUALIDADE DO AMBIENTE

Com a finalidade de compreender a atual concepção do ambiente construído assistencial ao autismo, se faz necessário voltar mais de 30 anos na linha do tempo, quando nem mesmo o transtorno autístico era amplamente conhecido, para entender, a priori, como diferentes questões mudaram a atenção para pessoas com transtornos mentais. Diferentes atores lutaram em busca da desinstitucionalização, tratamento humanizado e por melhorias de serviços voltados à saúde mental que refletiu na concepção de novos espaços de atendimento.

Para suprir a necessidade de espaços especializados no tratamento do autismo surgiram, por iniciativa de profissionais e pais, instituições e associações filantrópicas pelo país. Por fim, serão apresentadas algumas pesquisas da relação do usuário com autismo e o ambiente como facilitador do desenvolvimento e aprendizagem.

2.1 Humanização e ambiência em saúde mental

O conceito de humanização na arquitetura evoca, inicialmente, a sensação de acolhimento e bem-estar. Humanizar significa conceder condição humana, mas não estaríamos num reducionismo visto que a arquitetura é feita pelo e para os homens? Pois:

A humanização dos ambientes hospitalares, termo que soa redundante visto sua vocação essencialmente humana, é tema de extrema importância para o profissional arquiteto que objetiva elaborar ou realizar qualquer tipo de intervenção em ambientes destinados aos cuidados em saúde (SILVA, L., 2008, p.59).

Skinner (2003), argumenta que podemos discordar quanto à natureza ou à extensão do controle que o ambiente mantém sobre nós, mas é inegável que exista algum. Golembiewski (2016) concorda com as ideias de Skinner ao afirmar que:

Ao contrário das condições somáticas, doenças mentais incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar, estresse pós-traumático, e muitos outros são diagnosticados exclusivamente por sintomatologia. Isso significa que, no mínimo o meio ambiente tem um efeito causal em doenças psiquiátricas na medida em que o ambiente desencadeia sintomas (GOLEMBIEWSKI, 2016, p.164).

Tendo isto em mente, quais são os atributos e fatores que contribuem para a humanização da arquitetura? Segundo Kowaltowski (1989), aparentemente, somos mais competentes em reconhecer os erros e a feiura visual do que descrever analiticamente o útil e conveniente, por isso, uma descrição da humanização da arquitetura torna-se mais difícil.

“Sabe-se que, embora as respostas humanas não estejam baseadas exclusivamente nos sentidos, elas também podem ser o resultado direto dos estímulos sensoriais provocados pelo

ambiente construído” (REIS et al., 2006, p. 22). Segundo Gappell (1991 *apud* Silva L., 2008), nosso bem-estar físico e emocional pode ser influenciado por seis fatores ambientais, quando aplicados corretamente, são: luz, cor, som, aroma, textura e forma. “O conforto ambiental, nos seus aspectos térmicos, acústicos, visuais e de funcionalidade, é um dos elementos da arquitetura que mais influencia o bem-estar do homem” (KOWALTOWSKI et al., 2006, p. 10).

Ulrich e Zimring (2004), ampliam a noção de conforto nesses espaços ao acrescentar que, para se diminuir os níveis de estresse e cansaço, possibilitando a eficácia na prestação de cuidados e qualidade geral da saúde, deve-se: melhorar a confidencialidade e privacidade do paciente, reduzir os níveis de ruído, reduzir a desorientação espacial, permitir o contato com a natureza e distrações visuais, providenciar o suporte social e uma boa comunicação com os pacientes. Para Ulrich (1992), o envolvimento dos usuários na participação da investigação de tais ambientes, pode contribuir na adequação e planejamento.

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, lançada em 2003, trata a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. O PNH foi criado em função do elevado número de queixas de usuários em relação aos maus tratos e das péssimas condições de infraestrutura nos estabelecimentos de assistência à saúde (DEMARTINI, 2007). Segundo a PNH, um dos cuidados ao tematizar a humanização é não banalizar ou associar a atitudes vagas, nem tampouco deve ser vista como um favor ao usuário. Humanização é um direito à saúde estendido a todos profissionais e usuários da rede. “Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.6). Trabalhadores, usuários e gestores representam os principais recursos para a produção da saúde e as estratégias de humanização incluem estes três atores. Isso pode ser traduzido como mudanças sendo construídas de forma coletiva.

Entre as diretrizes para a implementação da PNH está o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários. O conceito de Ambiência trazido na PNH é definido como espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil, 2006). Assim, faz parte da PNH criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade e sejam lugares de encontro entre as pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). “A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso

dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.10).

A rede HumanizaSUS, em 2013, lançou um edital que contemplava 60 profissionais formados em Arquitetura ou Engenharia capacitando-os para a análise e elaboração de projetos arquitetônicos e para a orientação das intervenções nos espaços físicos do SUS a partir do referencial de ambiência da PNH. Dentre os objetivos do curso foi tratado temas da arquitetura que contribuem para o fortalecimento da ambiência, assim como metodologias participativas de projeto arquitetônico.

Na cartilha de ambiência do SUS (2010) há três eixos fundamentais na composição de uma ambiência, sendo esta divisão apenas didática: (1) o espaço que visa à confortabilidade, (2) o espaço que possibilita a produção de subjetividades e o (3) espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

Existe uma ideia, que ao projetar para o público infantil deve-se fazer o uso de muitas cores vibrantes, formas, figuras e texturas, mas será que essa recomendação é válida para ambientes de tratamento do autismo infantil? O ambiente realmente precisa ter características específicas para ser inclusivo ao autismo? Humanizar também se refere ao atendimento das necessidades de um grupo, assim, essas especificidades serão melhor abordadas a seguir.

2.2 Reforma Psiquiátrica e os espaços de atenção à saúde mental

De acordo com Vieceli (2014), “não se pode conceber uma história da arquitetura que seja dissociada da história da sociedade e, da mesma forma, não se pode acompanhar uma história dos lugares da loucura sem que se percorra também a própria história da loucura” (VIECELI, 2014, p.15). Assim, compreender os processos de transformação das formas de lidar com as pessoas com transtornos mentais auxilia no delineamento conceitual dos espaços destinados ao tratamento.

Ao longo dos séculos, aqueles que tinham condutas não condizentes com o esperado pela sociedade eram motivos de zombaria, marginalização, agressões e até mesmo vistos como possuídos por entidades malignas em diferentes culturas. Pessoas com transtornos mentais foram confinadas em asilos e hospitais, privadas da vida comunitária e à mercê de maus tratos.

A violência fez parte da narrativa de diferentes instituições, em diferentes partes do mundo e diferentes momentos. Basaglia (1985), caracterizava tais instituições como uma representação da nítida divisão entre os que têm poder daqueles que não o têm.

Segundo Mari (2011), “as mudanças políticas de saúde mental, dentro de uma perspectiva global, podem ser divididas em três fases: o estabelecimento dos asilos psiquiátricos a partir de 1880 até 1955; o declínio do sistema de institucionalização e isolamento, pós Segunda Guerra mundial, e a reforma dos serviços de saúde mental” (MARI, 2011, p.4594). Para tal foi criado serviços comunitários e hospitalares, um modelo de assistência equilibrado, onde os serviços funcionam em centros próximos à população e a internação hospitalar foi reduzida.

Como descrito por Amarante (1998), a condição psiquiátrica brasileira, até poucos anos atrás, representava um quadro de ineficácia, baixa qualidade e violação dos direitos humanos. A Reforma Psiquiátrica brasileira representou um processo político e social complexo que alterou os modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, uma luta por direitos de pacientes psiquiátricos de todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (TENÓRIO, 2002, p.28).

Segundo Mesquita et al. (2010), o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser dividido em duas fases: de 1978 a 1991 consolidando uma crítica ao modelo hospitalocêntrico (influenciada pelo pensamento e prática do psiquiatra italiano Franco Basaglia), e de 1992 aos dias atuais com a implantação de uma rede de serviços extra hospitalares.

O ano de 1978 representa um marco importante devido ao protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares e profissionais, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, através da luta de diferentes componentes passa a denunciar a violência em manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, além da crítica ao saber psiquiátrico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). O MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, para Amarante (1998), seu perfil não institucional representava uma estratégia proposital: uma forma de resistir a institucionalização, apesar do debate sobre institucionalizar ou não o movimento estar presente nos encontros.

Em 1987, acontece o II Congresso Nacional do MTSM, em São Paulo, com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, no mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade de Rio de Janeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). O MTSM encaminha

propostas de transformação de unidades psiquiátricas públicas, ocupa espaços em instâncias consultivas e decisórias dos governos federal, estaduais e municipais, buscando influenciar na formulação das políticas de saúde do país (Amarante, 1998). Também em 1987 surge o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo, e são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS, posteriormente denominados de CAPS III), esses são passos importantes na luta antimanicomial pois a luta deixa o plano teórico, tornando possível e exequível tais propostas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

No ano de 1989, um ano após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional seu Projeto de Lei ao qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. A respeito do projeto que viria ser conhecido com a Lei da Reforma Psiquiátrica, Tenório (2002) explica que:

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não-manicomiais de atendimento; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p.36).

Somente após 12 anos de tramitação, em 6 de abril de 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país com algumas alterações do texto original. Para Mari (2011), “essa lei simboliza uma reversão da situação de exclusão social da pessoa em situação asilar para aquela de cidadania e empoderamento” (MARI, p. 4594, 2011). Na década de 1990, com a repercussão causada pelo projeto de lei, houve uma intensificação do debate e popularização da causa da reforma, o deputado Paulo Delgado protagonizou os efeitos de sua “lei” antes mesmo de ser aprovada (TENÓRIO, 2002).

Em novembro de 1990 é aprovada a Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, onde passa a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). A partir desse momento há uma expansão dos serviços comunitários e redução do número de leitos em todo o país. Tenório (2002) explica a perspectiva da reforma: o paciente na comunidade pode representar um recurso terapêutico, uma rede social de suporte, e a aceitação da diferença, e não de normalização social. Porém, como posto pelo autor, em lugar de comunidade alguns autores justificam uso do conceito de território:

Território como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: “o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo”. A noção de território aponta, assim, para a ideia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território (TENÓRIO, 2002, p.32).

Assim, “[...] o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a, p.6). Cabe evidenciar que “[...] o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

O próximo passo se caracterizou por ações e programas dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais para realizar a transição para um modelo de atenção comunitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). O programa “De volta para casa”, instituído pelo ex Presidente Lula da Silva em 2003, promoveu a desinstitucionalização de pessoas com histórico de longas internações, através de uma “teia” de suporte como Residências Terapêuticas, entre outras:

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura (MESQUITA et al., 2010, p.6).

Os CAPS são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), oferece serviços de saúde de caráter aberto e comunitário para pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, conta com uma equipe multiprofissional atuante sob a ótica interdisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). De acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, os CAPS são organizados nas seguintes modalidades (Art.7º):

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Nesse sentido, percebe-se que houve grandes avanços na política de saúde mental, com enfoque no tratamento dos transtornos. A desinstitucionalização, principal bandeira da luta antimanicomial propulsor da Reforma Psiquiátrica, ainda não foi alcançada em sua totalidade visto que, muitas vezes, ocorre uma migração de um modelo institucional para outro. Como exposto por Gomes (2013), o campo da saúde mental precisa ocupar os territórios sociais para produzir novas relações sociais e conquistar um novo lugar social que seja contrário à marginalidade experienciada nos manicômios. Amarante (1998) explica que desinstitucionalizar não deve ser restrito nem confundido com desospitalizar. Desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos, enquanto desospitalizar significa apenas a extinção de organizações hospitalares/manicomiais (AMARANTE, 1998).

Quanto à criança e o adolescente no contexto da reforma, Rizzini (2005) faz uma análise da documentação histórica sobre a assistência à infância dos séculos XIX e XX revela que crianças pobres e/ou famílias com dificuldades de criarem seus filhos buscavam uma solução

ao Estado: a institucionalização. A institucionalização infantil representou uma maneira de lidar com problemas de comportamento, abandono, violência e, inclusive, isolando crianças com transtornos mentais. Após a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 13 de julho de 1990, a institucionalização infantil sofreu significativas mudanças, redefinindo a posição do Estado em relação à assistência a tal público.

Durante muitos anos, políticas específicas para o público infanto-juvenil com transtornos mentais estavam ausentes do debate acerca da saúde mental, havendo uma defasagem na promoção de serviços específicos. Um estudo realizado pela Assessoria de Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro no início de 2000 mostrou que aproximadamente 70% dos municípios utilizavam os dispositivos da rede filantrópica como recursos principais. “A referência à rede filantrópica era utilizada, na grande maioria dos municípios, sem o estabelecimento de qualquer tipo de convênio e/ou parceria formal por parte dos programas locais de saúde mental” (COUTO, 2004, p.7).

Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p10).

Como dito anteriormente, ao longo das décadas, a rede filantrópica de atendimento, do modo que pôde, buscou preencher essa lacuna do tratamento especializado ao público infantil, como podemos observar:

[...] instituições historicamente voltadas para o atendimento de pacientes portadores de deficiência (como as APAEs e Pestalozzis) viam-se obrigadas a acolher uma clientela estranha às suas proposições técnicas principais, recobrando um hiato que a rigor está relacionado a ausência de políticas públicas eficazes, quer no interior do próprio campo da saúde mental quer no campo das ações intersetoriais dirigidas para a população infanto-juvenil (COUTO, 2004, p.7).

Quanto ao atendimento especializado ao público autista surgem mais desafios, poucos profissionais tinham familiaridade com o nome do transtorno e um número menor ainda sabia lidar. Também há relatos que instituições voltadas ao tratamento de crianças excepcionais acabavam não aceitando pacientes autistas por não possuírem atendimento adequado. A primeira associação de autismo do país surgiu em São Paulo no ano de 1983, a Associação de Amigos do Autista (AMA), até então não havia tratamento especializado tanto na rede pública de saúde quanto particular. A iniciativa partiu do psiquiatra Raymond Rosenberg juntamente com alguns pais de crianças autistas que decidiram criar um local onde estas crianças pudessem

receber atendimento adequado a suas necessidades. Após o sucesso da AMA e sua repercussão na mídia outras associações foram formadas por pais e profissionais, compartilhando inclusive do mesmo nome, em diferentes estados e municípios.

Em 1988, a Associação Brasileira de Autismo (ABRA) tornou-se a primeira associação de abrangência nacional voltada à defesa dos interesses das pessoas com autismo e das suas famílias. A ABRA representa um importante ganho na causa autista, desde a década de 1990 a associação tem participado do conselho consultivo da Coordenadoria da Pessoa com Deficiência (CORDE, atual CONADE) e também no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Em 1989 aconteceu o I Congresso Brasileiro de Autismo, em Brasília, atualmente vem sendo realizado a cada três anos por todo o país, representando um importante instrumento na disseminação de conhecimentos relacionados ao autismo, incluindo temas como inclusão, políticas públicas e vivências autísticas¹.

Em 1993, a médica pediatra Fátima Dourado, mãe de seis filhos, dos quais dois com autismo, juntamente com 8 mães de crianças autistas montaram uma equipe multiprofissional e criaram a Casa da Esperança, em Fortaleza. A Casa da Esperança oferece terapia, educação e assistência a famílias de pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, como descrito:

Os tratamentos que haviam se mostrado eficazes não se aplicavam a todos os casos, o que exigiu de nós novas pesquisas. E do mundo, além dos muros da Casa da Esperança, chegava o clamor de crianças com autismo criadas em cárceres privados, relatos de tratamentos desumanos e desalentadoras notícias de recursos subitamente subtraídos pelo poder público, o que comprometia seriamente a continuidade do trabalho (DOURADO, 2011).

Também no ano de 1993, surgem as primeiras escolas para pessoas com autismo no país, de caráter filantrópico, bem antes disso já existiam escolas para crianças com algum tipo de deficiência física ou intelectual, porém não específicas.

O primeiro CAPS destinado ao atendimento infantil (denominado de CAPSi) só foi implantado em 2002, isto é, 15 anos após o primeiro CAPS destinado ao público adulto. Assim como o modelo voltado para o público adulto, o CAPSi utiliza o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que faz tratamento individualizado e diário, com base nas dificuldades e habilidades apresentadas por cada usuário. Atualmente o CAPSi representa o principal recurso da rede pública, juntamente com os Centros Especializados em Reabilitação (CER), oferecido ao público autista infantil no país. Porém cada vez é maior o número de pais e profissionais que consideram o CAPS insuficiente ao tratamento, promovendo campanhas e abaixo-assinado:

¹ Disponível em: <https://www.autismo.org.br/site/abra/historia-e-atuacao.html>

Os movimentos sociais sustentam que tais locais são inadequados para o atendimento das pessoas com TEA, pois não oferecem a estrutura física apropriada e o tratamento multiprofissional adequado para atender as peculiaridades do autista, uma vez que o tratamento dos autistas deve ser diferenciado e acompanhado por equipe de diversos profissionais aptos a lidar com o transtorno (OAB, 2015, p. 24).

Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.764, idealizada por Berenice Piana, presidente do Grupo de Mães Família Azul, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução. Esta lei, batizada com o nome de sua idealizadora, representa um passo importante na luta por políticas públicas, pois pela primeira vez a pessoa com transtorno do espectro autista foi considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais. O reconhecimento da pessoa autista como pessoa com deficiência representa um grande avanço de políticas públicas, pois:

O reconhecimento das peculiaridades das pessoas com autismo é extremamente importante, pois permite que elas tenham acesso a políticas e ações afirmativas que buscam garantir a participação social das pessoas com autismo em igualdade de condições com as demais pessoas (OAB, 2015, p.22).

Em 2013, Berenice Piana idealizou a Clínica-Escola do Autista de Itaboraí, Rio de Janeiro. A clínica-escola, primeira instituição pública desse modelo no Brasil e com previsão de implantação em outras cidades, oferece um tratamento multidisciplinar, contando com neurologistas, neuropediatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Segundo as diretrizes da instituição, o objetivo não é a substituição do ensino na escola regular, mas funcionar como local de triagem para casos mais graves de autismo, cujos portadores apresentam hipersensibilidade, oferecendo tratamento que possibilite posteriormente a inclusão dessas crianças no ensino regular.

Com base no histórico apresentado, percebe-se que mães e pais de crianças com desenvolvimento atípico se organizaram a partir de associações, para suprir a carência do Estado na busca por um tratamento especializado e pela luta por políticas públicas que os beneficiem. “O aumento da acessibilidade ao cuidado em Saúde Mental Infanto-juvenil na última década é fato inquestionável, mas precisa avançar uma vez que ainda não existe um patamar satisfatório de recursos assistenciais no Brasil” (PITTA, 2011 apud Carvalho et al, 2014). A luta ainda não terminou, milhares de pessoas com TEA ainda não possuem diagnóstico e outros milhares não têm acesso ao tratamento especializado.

De acordo com a ABRA, junto com suas filiadas, os próximos passos é a cobrança e acompanhamento da implantação dos Centros de Referência e dos serviços a serem disponibilizados pelo SUS/MS, a implantação das Residências Inclusivas e Centros Dia

disponibilizados pelo SUAS / MDS, assim como a política de inclusão escolar que vem sendo conduzida pelo MEC.

2.3 Pela busca da qualidade no ambiente construído

O conhecimento de como os indivíduos percebem, utilizam e modificam o ambiente é fundamental para que os mesmos possam ser valorizados no ambiente em questão. A busca pelo planejamento do ambiente construído, entre outras questões, relaciona-se diretamente com a Psicologia Ambiental, ao entender que as ações humanas sobre o meio ambiente afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos usuários.

Para Campos-de-Carvalho (et al., 2011), a Psicologia Ambiental se propõe a estudar as inter-relações entre pessoas e o ambiente, visto que estes dois elementos se influenciam reciprocamente e de modo contínuo. De acordo com Melo (1991), “uma das características importantes na Psicologia Ambiental é que ela é estudada como uma unidade e não como componentes separados e distintos” (MELO, 1991, p.87). Isso implica que o estudo da percepção não pode ocorrer separada do estímulo ambiental. Elali (1997), destaca a Psicologia Ambiental como “ponte” que possibilita a troca de conhecimentos arquitetônicos e psicológicos enriquecendo mutuamente através da soma de conceitos, experiências e métodos de trabalho.

Na Psicologia Ambiental, o conceito de ambiente perpassa as delimitações apenas físicas, de acordo com Campos-de-Carvalho (et al., 2011), o ambiente além de compreender o meio físico concreto em que se vive, seja natural ou construído, é indissociável das condições sociais, econômicas, políticas, culturais e psicológicas. Tudo que interage com o ambiente faz parte dele e o influencia. Kruse (2005), define o ambiente na pesquisa pela Psicologia Ambiental em dois modos:

1. O significado percebido ou atribuído ao ambiente por uma pessoa (exemplo: percepção de risco, diferentes concepções e percepção como bela ou feia).
2. O estudo do comportamento espacial manifestado por pessoas (exemplo: crianças em playground, usando o jardim ou parques).

Assim, de acordo com Melo (1991), ao estudar a interação do homem com o meio ambiente devemos sempre analisar a atividade na qual o indivíduo está inserido e seu papel exercido dessa atividade. Esse processo implica a análise do uso – enquanto fator que possibilita a transformação de espaços em lugares – e a valorização do ponto de vista do usuário, pois este é imprescindível à compreensão da realidade (Elali, 1997). Sendo que “o lugar é segurança e

o espaço é liberdade: estamos ligados ao primeiro e desejamos o outro” (TUAN, 1983, p.3). E mais, “o espaço fechado e humanizado é o lugar” (TUAN, 1983, p.61).

Segundo Sommer (1973 apud Pinheiro; Elali, 2011), o espaço pessoal pode ser definido como a zona emocionalmente carregada em torno de cada pessoa que ajuda a regular o espaço entre os indivíduos. Entre essas zonas ou bolhas, acontecem a maioria das interações entre os indivíduos, de modo que estranhos não podem penetrar sem causar desconforto. “Embora seus limites sejam invisíveis, essa área é ativamente defendida, e as pessoas a mantêm tanto em seus contatos interpessoais quanto em suas relações com o ambiente físico” (PINHEIRO; ELALI, 2011, p.149). De acordo com Pinheiro e Elali (2011) “a organização perceptual do espaço é necessária à adaptação das pessoas ao ambiente e ao ajustamento deste último” (PINHEIRO; ELALI, 2011, p.145). Ainda segundo os autores, a experiência espacial do ser humano depende de suas características biológicas e sua capacidade de representação.

Para Hall (1977), a percepção do espaço é dinâmica porque se encontra ligada à ação e o que pode ser realizado num dado espaço. O autor identificou quatro tipos de distâncias: distância íntima, pessoal, social e pública. Onde na primeira a presença do outro pode se tornar invasora, a segunda designa e fixa a distância entre os membros das espécies sem contato, o terceiro tipo de distância estabelece a fronteira entre o modo longínquo da distância pessoal, e por último a distância onde o sujeito se torna uma referência a ser observada, visto a mudanças de comportamento provocadas pela distância, como por exemplo o aumento da voz (HALL, 1977). Observa-se que tais distâncias podem provocar diferentes comportamentos no ser humano devido à territorialidade do mesmo, sendo as distâncias escolhidas dependentes das relações interindividuais, dos sentimentos e das atividades a serem praticadas, pois:

A territorialidade atua como um importante organizador do comportamento e da vida humanos no nível do indivíduo, das relações interpessoais e da comunidade; suas funções só são bem compreendidas se forem considerados parâmetros como tempo de ocupação do local, sentimento relativo a ele, propriedade e exclusividade de seu uso (conforme as regras da cultura em questão) (PINHEIRO; ELALI, 2011, p.151).

Tuan (1983) via no espaço construído uma maneira de aperfeiçoar a sensação e a percepção humana, visto que o meio ambiente construído define as funções sociais e as relações. Segundo o autor:

As pessoas sabem melhor quem elas são e como devem se comportar quando o ambiente é planejado pelo homem e não quando o ambiente é a própria natureza. Por último, a arquitetura “ensina”. Uma cidade planejada, um monumento, ou até uma simples moradia pode ser um símbolo do cosmos. Na falta de livros e instrução formal, a arquitetura é uma chave para compreender a realidade (TUAN, 1983, p.114).

Com base na compreensão da Psicologia Ambiental, compreende-se que qualquer processo de intervenção deve levar em conta o ponto de vista de quem utiliza o ambiente, pois:

O homem onde quer que esteja, ocupa algum espaço, espaço esse que exige algumas propriedades especiais, como iluminação, ventilação, abrigo do sol e do calor, etc. ou a ausência disso, para que possa desenvolver suas atividades e manter suas relações sociais num padrão. Caso o ambiente onde o indivíduo se encontre não atenda aos seus objetivos, ele tenderá a modifica-lo a fim de torna-lo congruente com suas necessidades (MELO, 1991, p.87).

Cavalcante e Maciel (2008), concordam ao afirmar que sem a integração da percepção daquele que utiliza o espaço, as intervenções ambientais estão fadadas ao fracasso, pois “o deslocamento do homem diversifica seus espaços de contato e propõe-lhe novas paisagens perceptivas, ativando os processos perceptuais” (CAVALCANTE; MACIEL, 2008, p.150). Whyte (1978 *apud* Cavalcante; Maciel, 2008), propõe o triângulo metodológico: observar, escutar e interrogar. A premissa utilizada pelo autor é a de que muitas vezes o sujeito não identifica verbalmente sua percepção.

2.4 O autismo infantil

O termo autismo foi usado pela primeira vez em 1906 pelo psiquiatra Plouller e difundido pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler para descrever casos clínicos de “fechamento social”. A palavra autismo é de origem grega advinda da expressão *autós* que significa “o si mesmo” ou “voltar-se para si mesmo” (LOTUFO, 2008).

Em 1943 o psiquiatra austríaco Leo Kanner descreveu na revista americana *Nervous Child* um estudo intitulado *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo) no qual onze crianças apresentavam uma tríade de características em comum: inabilidade para sociabilização, dificuldade em comunicar-se – seja verbalmente ou não verbal – e um comportamento repetitivo (KANNER, 1943). Já em seu primeiro estudo, Kanner trazia a possibilidade de que crianças com autismo poderiam ter sido confundidas como débeis mentais ou esquizofrênicas. Sobre o autismo ter sido, inicialmente, classificado como uma psicose infantil:

O autismo, geralmente incluído no grupo das “psicoses infantis”, é naquele momento tratado como um transtorno das fundações do psiquismo infantil, e muitas vezes as características psicológicas dos pais ou a qualidade dos cuidados maternos foram equivocadamente associadas à gênese do quadro dos seus filhos, com lamentáveis consequências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.25)

No ano de 1944, o psiquiatra Hans Asperger, também austríaco, descreveu características semelhantes ao estudo de Kanner. Em seu estudo, Asperger observou uma

incidência maior no sexo masculino, os quais ele chamava de “pequenos professores”, por causa da capacidade de discorrer sobre certos temas. As publicações de Kanner foram rapidamente debatidas e estudadas, enquanto que as de Asperger levaram muitos anos até perceberem sua relevância, o fato dos estudos de Kanner serem escritos em inglês facilitou sua difusão.

Posteriormente, a psiquiatra inglesa Lorna Wing defendeu em 1981 que tanto a Síndrome de Asperger quanto a descrita por Kanner apresentavam basicamente a mesma tríade de sintomas, e que a primeira deveria ser incorporada à classificação psiquiátrica dos anos 1990, fortalecendo a noção de *continuum* ou “espectro do autismo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A “tríade de Wing” ou “tríade de prejuízos” tornou-se importante ferramenta de diagnóstico clínico.

Durante muitos anos a *teoria afetiva*, iniciada por Kanner, com uma etiologia inteiramente relacional, foi amplamente difundida na literatura psicanalítica. Com pesquisadores como Michael Rutter, Simon Baron-Cohen e Uta Frith a *teoria da mente* associada à pesquisa genética, com etiologia cognitiva, ganhou força a partir dos anos 1970 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Esses dois tipos de abordagens acerca da origem do quadro autístico geram, até hoje, discussões sobre qual seria a intervenção correta para indivíduos com autismo. Terapia cognitivo comportamental e psicanálise (cognitivistas x psicanalistas) dividem não só opiniões de profissionais, mas também de pais e educadores, fato que gerou dois projetos de lei, reprovados, para proibir a prática da psicanálise em crianças autistas, sob a alegação de que não há comprovação científica que justifique a psicanálise em autistas (AGNÈS, 2014). Porém, é importante frisar que “a etiologia do autismo é desconhecida e o que temos, ainda hoje, são hipóteses baseadas tanto em experiências, quanto referências teóricas” (SILVA, p.19, 2013).

Com o passar do tempo e maior estudo da área surgiu o termo Transtornos Globais ou Invasivos do Desenvolvimento (TGD) que incluía além do Autismo Infantil, a Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett (que recentemente foi retirada desse grupo por pertencer a outra natureza psicológica) e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, segundo Lotufo (2008), é uma categoria diagnóstica de exclusão, apresentando problemas dentro da tríade, porém não preenchendo todos os critérios. Atualmente o termo Transtorno do Espectro Autista (TEA), comumente utilizado, engloba os transtornos acima com exceção a Síndrome de Rett.

O conceito de *transtorno do desenvolvimento* foi introduzido, portanto, para caracterizar os transtornos mentais da infância que apresentam tanto um início muito precoce quanto uma tendência evolutiva crônica. Os Transtornos do Espectro do Autismo se enquadram bem nessa categoria, uma vez que são condições clínicas de

início na primeira infância e com curso crônico. Dessa forma, a síndrome autista manifestada pela criança pequena costuma persistir no decorrer da vida, em que pesem as possibilidades de melhora clínica e funcional ao longo do tempo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.35, 2013)

Durante muito tempo se tenta classificar as crianças com autismo: autista clássico, apresentando a chamada tríade de prejuízos descrita por Kenner; autistas severos, com maiores prejuízos no desenvolvimento e na linguagem; passando por aquelas que possuem um grau leve de autismo, muitas vezes imperceptível na primeira infância; aqueles que são considerados gênios, conhecidos como autistas de “alto rendimento”, por apresentarem níveis de inteligência acima da média, mas com atraso significativo da fala; e a Síndrome de Asperger, semelhante ao autismo clássico, mas sem atraso significativo da fala (LOTUFO, 2008). Atualmente o termo “tipos de autismo” vem sendo amplamente difundido, pois a forma como o autismo se “instala” em cada criança é único, dessa forma:

Vale ressaltar que a tendência atual é a de que essa visão *categorial*, que enxerga os diversos quadros de autismo como entidades nosológicas mais ou menos independentes entre si, seja substituída pela noção *dimensional* de **espectro do autismo** ‘*grifo do autor*’, que entende as variações do Transtorno do Espectro do Autismo como pontos distintos de um mesmo *continuum* psicopatológico – com a exceção da Síndrome de Rett (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.59).

Hoje, entende-se que entre um autismo e outro há inúmeras possibilidades, complexidades e pluralidades muito maiores que a nomeação consegue enquadrar. ‘Uma pessoa com um transtorno mental é, antes de tudo, uma “pessoa” e não um “transtorno” [...]. Um rótulo classificatório não é capaz de captar a totalidade complexa de uma pessoa, nem, muito menos, a dimensão humana irreduzível desta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.41).

O termo autismo sofreu relevantes alterações ao longo dos anos com o avanço científico, para conceituação usual deste trabalho será usado o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV) e o CID-10 (Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento), referência adotada no Brasil, publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para fornecer informações a respeito de uma grande quantidade de doenças e problemas relacionados à saúde (SILVA, 2013):

De acordo com esta classificação, o Autismo Infantil foi caracterizado por um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes dos três anos, apresentando perturbação do funcionamento nas áreas: interação social, comunicação e comportamento repetitivo (TAMANHA et al. 2008).

Segundo o manual de Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (2013), o autismo se instala até os 3 anos de idade, mas os sinais de

alerta estão presentes antes mesmo dos 24 meses. Normalmente, os pais notam características ou ausências de algumas reações ainda nos primeiros anos de vida da criança (Quadro 1). A peregrinação de alguns pais, em busca de um diagnóstico, pode levar vários meses, porque alguns profissionais ainda não estão habituados a lidar com o autismo, além das complexidades naturais a esses transtornos que torna o diagnóstico difícil. E quanto mais cedo o TEA é detectado, melhor para a criança e seus pais, pois “[...] as intervenções precoces em casos de TEA têm maior eficácia e contemplam maior economia, devendo ser privilegiadas por profissionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.21).

Quadro 1 - Características do Autismo

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresenta iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência de relação olho a olho)	Não responde claramente quando é chamado pelo nome	Não se interessa por jogos de faz de conta
Não se interessa pelo prazer que pode provocar no outro	Não demonstra atenção compartilhada	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbúcio principalmente em resposta ao outro	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar a alguém	Desinteresse por outras crianças – prefere ficar sozinho, e se fica sozinho não incomoda ninguém
Ausência de movimentos antecipatórios na relação ao outro	Não há ainda as primeiras palavras, ou os primeiros esboços são de palavras estranhas	Caso tenha tido desenvolvimento da fala e interação, pode começar a perder essas aquisições
Não se vira na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida	Não imita pequenos gestos ou brincadeiras	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos, por exemplo, por ventiladores, rodas de carrinhos, porta de elevadores
Não estranha quem não é da família mais próxima, como se não notasse diferença	Não se interessa em chamar atenção das pessoas conhecidas e nem em lhes provocar gracinhas	Pode aumentar o isolamento

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

2.4.1 Formas de tratamento

Não há um consenso sobre o melhor tipo de tratamento para crianças autistas. É importante que o método adotado seja elaborado juntamente com a família da criança, pois é ela que dará continuidade as recomendações recebidas no projeto terapêutico. É comum falar a respeito da criança com autismo, mas é necessário esclarecer que o autismo não tem cura. O autismo é uma síndrome presente em todas as fases de vida do indivíduo, sendo assim, o tratamento deve ser contínuo, de modo que a pessoa com TEA possa se desenvolver ao máximo, dentro de suas limitações.

Não existe uma única abordagem a ser privilegiada no atendimento de pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. Recomenda-se que a escolha entre as diversas abordagens existentes considere sua efetividade e segurança, e seja tomada de acordo com a singularidade de cada caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Lord e Rutter (1994) *apud* Amorim (2012) destacam quatro alvos básicos de qualquer tratamento: estimular o desenvolvimento social e comunicativo; aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas; diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e com o acesso às oportunidades de experiências do cotidiano; e ajudar as famílias a lidarem com o autismo. De forma rápida, os principais tratamentos (Quadro 2) serão abordados a seguir:

Quadro 2 - Principais tratamentos do autismo

	(continua)
Tratamento	Breve descrição
Tratamento psicanalítico	O trabalho do psicanalista, observado por Amy (2001), é ajudar e apoiar na estruturação e na organização do mundo interior da criança com autismo. “Trata-se de dar um sentido a seus fantasmas, a suas angústias e aos mecanismos que operam para combatê-los. É essa compreensão, convertida em palavras e afetos, que permite desbloquear os funcionamentos mais patológicos [...] (AMY, 2001, p.37) ”.
Análise do Comportamento Aplicada (ABA)	Segundo Camargos (2005) novas habilidades adquiridas são reforçadas enquanto respostas problemáticas (como agressões, destruições do ambiente, autolesão, respostas estereotipadas) não. A ABA tem como premissa que todo comportamento possui uma função, ou seja, algo que cause tal comportamento, por isso todo comportamento é passível de mudança (CAMARGOS, 2005). Dessa forma, ocorre “[...] redução de comportamentos não adaptativos (estereotipias, agressividade etc.); particularmente ao substituí-los por novos comportamentos socialmente mais aceitáveis e que sirvam aos mesmos propósitos, mas de modo mais eficiente (MS, 2013, p.85-86)”.
Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH)	Este método considera a rotina, característica presente em muitas crianças com TEA, uma forte habilidade que pode ser usada a favor da criança. O método também aborda a criança de modo individual passando por diferentes níveis de interação com outras crianças. “[...] a meta em longo prazo do Programa TEACCH é que o aluno com autismo se adeque o melhor possível à nossa sociedade quando adulto (KWEI, 2009, p.221)” Envolvimento dos pais, ensino estruturado, manejo do comportamento, habilidades de comunicação, de lazer e sociais são algumas das áreas de tratamento do programa TEACCH.
Comunicação complementar e alternativa (CSA)	Segundo o guia de cuidados para pessoas com autismo do Ministério da Saúde (2013), a comunicação complementar é qualquer dispositivo, método ou sistema com a finalidade de ajudar a fala. A comunicação alternativa é necessária quando a criança não desenvolveu ou houve perda da fala. Como exemplos de CSA pode-se citar a língua de sinais e gestos e o uso de símbolos e figuras para comunicação. Desenvolvido especificamente para pessoas com o transtorno, o PECS (Sistema de Comunicação por Troca de Figuras) é um mecanismo de baixo custo, através de sites específicos profissionais, pais e educadores podem baixar e imprimir fichas de diferentes temas do cotidiano.
Terapias de integração sensorial	De acordo com Ayres (1989), a integração sensorial é o processo neurológico que organiza as sensações do corpo e do ambiente de forma a ser possível o uso eficiente do corpo no ambiente. Dessa forma, a terapia de integração sensorial “[...] permite relacionar desordens na percepção, organização e interpretação da informação sensorial interoceptiva e exteroceptiva, relacionando-as com as dificuldades de aprendizagem e desempenhos ocupacionais ineficientes (MS, 2013, p.88) ”.

Quadro 2 - Principais tratamentos do autismo

(conclusão)

Tratamento	Breve descrição
Acompanhamento terapêutico	O acompanhamento terapêutico se faz necessário para a construção de uma inclusão da pessoa com autismo frente a ambientes/espacos públicos. Profissionais específicos realizam o acompanhamento destas crianças em locais como escolas, clubes, igrejas, rompendo os limites do espaço clínica/tratamento enriquecendo ao tratamento e a informação da população de maneira geral. Esse dispositivo pode ter a função de reintegração social e de ampliação da autonomia, transformando os espaços em lugares sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

2.4.1.1. A unidade familiar

Segundo Assumpção e Sprovieri (2001), a família pode ser compreendida como uma rede complexa de relações e emoções pela qual perpassam sentimentos e comportamentos, sendo a simples descrição de seus elementos insuficiente para transmitir a riqueza e complexidade relacional de sua estrutura (ASSUMPCÃO; SPROVIERI, 2001). Diversos estudos evidenciam a importância da família no tratamento da criança com autismo. Prado (1999 apud Fávero, 2005) faz uso do conceito “família autista” como hipótese de uma organização autista do aparelho familiar, isso implica que ao discutir o autismo infantil deve-se tratar também a questão familiar, visto que a dinâmica familiar é bastante afetada, particularmente da mãe.

A partir do diagnóstico e até mesmo antes dele a rotina familiar é alterada, idas e vindas entre diferentes médicos, busca por tratamentos por um caminho repleto de dúvidas e incertezas. Estudos como os de Fávero (2005), por meio de relatos maternos, investigou a sobrecarga emocional dessas mães e chegou à conclusão que mais da metade delas sofria com estresse, entre outros indicativos de sobrecarga emocional. Fatores educacionais, sociais e culturais estão diretamente relacionados a pouca participação paterna no acompanhamento do tratamento dessas crianças. Souza (2016), com base em relatos de pais, buscou compreender o atual papel paterno perante ao desenvolvimento do filho com autismo. Ficou concluído que os pais estavam mais participativos no tratamento e educação de seus filhos, mas ao realizarem uma autoanálise a respeito de seu exercício da paternidade relataram que poderiam melhorar.

O cuidado da pessoa com TEA exige da família extensos e permanentes períodos de dedicação, provocando, em muitos casos, a diminuição das atividades de trabalho, lazer e até de negligência aos cuidados da saúde de membros da família. Isto significa que estamos diante da necessidade de ofertar, também aos pais e cuidadores, espaços de escuta e acolhimento; de orientação e até de cuidados terapêuticos específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.33).

Algumas vezes, a família acredita que ajuda a criança aumentando o número de terapias e moldando o comportamento da mesma. Mas é importante perceber “o autista como um ser completo, com necessidades que vão além das dificuldades, intrínsecas a essa sua condição” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.13).

Se faz necessário que estes pais possam ter um espaço para troca de experiências e apoio emocional mútuo. Também existe o lado individual e, portanto, pessoal de cada ser humano, e que este interferirá nos resultados, sejam êxitos ou fracassos. “Outro importante motivo é o fato de que os pais conhecem bastante seus filhos e estão motivados a melhorar o ambiente onde vivem e melhorar o relacionamento familiar” (DURANTE, 2007, p.63).

2.5 Algumas relações no espectro autista e ambiente

Muitas pessoas com autismo, inclusive crianças, têm relatado através de filmagens, depoimentos e textos como se sentem, suas opiniões sobre determinados tratamentos, a incompreensão e exclusão social que sofrem e como a quantidade de informação sensorial pode desencadear certos tipos de comportamento. Carly Fleischmann, uma adolescente autista não-verbal que desenvolveu a comunicação por meio da digitação no computador, elaborou um vídeo com seu pai onde pode simular sua experiência em uma cafeteria. No vídeo², percebe-se que diferentes estímulos como barulhos de equipamentos, conversas, cheiros e luz podem causar sobrecarga sensorial em uma pessoa com autismo.

Com a finalidade de acabar com mitos e estereótipos, a associação britânica *The National Autistic Society* criou a campanha *Too much information film*³. A referida associação produziu uma série de vídeos em realidade virtual 360 graus que permite exibir o ambiente por completo de forma dinâmica através de uma câmera em primeira pessoa, fazendo o telespectador criar empatia com a situação ali exposta. As experiências em vídeo mostram atividades simples como caminhar pelo shopping, comer em um refeitório ou usar o transporte escolar, mais uma vez, luzes, cores brilhantes, conversas, olhares e ruídos sobrecarregam o sistema sensorial ao ponto de provocar irritabilidade ou pânico na criança, que mais soa com um pedido de ajuda.

Relatado isso, por que ocorrem estes diferenciais perceptivos em algumas pessoas com autismo? Grantin (1995), classifica o autismo como uma desordem heterogênea com muitos

² Disponível em: http://carlyscfe.com/index_nf.html

³ Disponível em: <http://www.autism.org.uk/get-involved/tmi/about/vr.aspx>

subtipos que vão desde problemas de pensamento rígido e concreto a problemas de processamento sensorial, porém muitos estudos focam apenas no primeiro tipo.

Em sua tese de doutorado, Freitas (2015) buscou desvendar qualitativos da percepção característicos do espectro autista pela perspectiva da corporeidade, ou seja, prioritariamente pela perspectiva de quem a experiencia, através dos relatos de pessoas com autismo. De acordo com a autora, “o autismo não é elencado entre as condições de deficiências sensoriais (na acepção de perda ou baixo funcionamento de um ou mais sentidos), mas, sem dúvida, nele figuram-se alterações sensoriais importantes” (FREITAS, 2015, p.12).

Há profissionais que classificam o autismo como um quadro de desorganização sensorial, acarretando em comportamentos de irritabilidade em ambientes ruidosos a hipersensibilidade a certos cheiros, entre outros. Também há aqueles que consideram tais comportamentos como consequência da falta de estruturas neurobiológicas inatas responsáveis pela interação socioafetiva (FREITAS, 2015).

Ayres (2005) define a integração sensorial como um processo inconsciente do cérebro que organiza as sensações para o uso. Ainda de acordo com a autora, nossos sentidos (visão, audição, olfato, paladar, tato, propriocepção e sistema vestibular) nos dão informações sobre as condições físicas do nosso corpo e do ambiente que nos rodeia, estas informações são registradas, moduladas, organizadas e interpretadas respondendo às diferentes demandas ambientais. Dessa forma, o cérebro é capaz de usar sensações para formar percepções, comportamentos e aprendizado. “Quando o fluxo de sensações é desorganizado, a vida pode parecer como um engarrafamento de trânsito em horário de pico” (AYRES, 2005, p.5). Esta desorganização de sensações tem sido observada em diferentes condições, entre elas os transtornos do espectro autista.

Dunn (1994 apud Mattos, 2015), desenvolveu o *Sensory Profile*, um instrumento de avaliação e mensuração do quanto o processamento sensorial facilita ou dificulta o desempenho funcional em tarefas diárias, a fim de contribuir para o planejamento de intervenções. O instrumento de avaliação, composto por 125 questões, está organizado em três áreas:

[...] processamento sensorial, área subdividida em seis categorias (audição, visão, movimento, tato, multissensorial e oral); modulação, área subdividida em cinco categorias (tônus, posição corporal/movimento, nível de atividade, respostas emocionais e estímulo visual); e comportamento e respostas emocionais, área subdividida em três categorias (emocional/social, efeitos comportamentais no processamento sensorial e limiares para respostas). (MATTOS, 2015, p.106)

Entre as questões muitas delas se relacionam diretamente com o espaço físico, como incômodo com luzes fortes, distração em ambientes com muito barulho, frustração ao tentar

encontrar objetos em ambientes desorganizados, sensibilidade a certas texturas, entre outros. Estas informações são delicadas por que “cada criança com baixa integração sensorial apresenta um conjunto diferente de sintomas” (AYRES, 2005, p.12). Isto explicaria o porquê de muitas pessoas com autismo apresentarem hipersensibilidade a ruídos e outras o buscarem excessivamente, ambos os casos refletem uma disfunção do processamento sensorial.

O modelo de processamento sensorial (Quadro 3) criado por Dunn (1997) relaciona as estratégias de auto-regulação do comportamento e limiares neurológico. Limiar neurológico diz respeito à quantidade de estímulo (input) necessária para ativar o sistema nervoso.

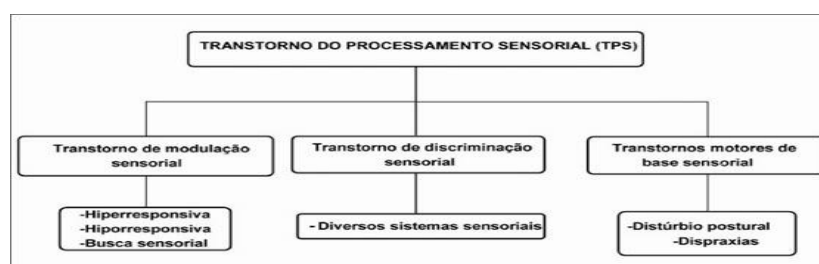
Quadro 3 - Modelo de processamento sensorial de acordo com Dunn

Limiar neurológico	Respostas Comportamentais	
	De acordo com limiar	Contrário ao limiar
ALTO/ HABITUAÇÃO	POBRE REGISTRO Alerta diminuído, vagaroso para agir, necessita de mais estímulos para reagir.	PROCURA SENSORIAL Alerta aumentado, arrisca-se muito, desorganização motoro, busca informação sensorial.
BAIXO/ SENSIBILIZAÇÃO	SENSIBILIDADE AO ESTÍMULO Alerta aumentado, age rapidamente ao estímulo, distraído, impulsivo, desorganizado.	EVITA SENSACÃO Modula o alerta, expressão de medo e ansiedade.

Fonte: SHIMIZU & MIRANDA, 2012.

Para Miller et al (2007) o problema desse modelo de processamento sensorial é o fato do foco nas percepções visuais, táteis e auditivas. Assim, as pesquisadoras propõem uma nova nosologia com foco na soma dos sentidos (Figura 1). Dividindo pessoas com transtorno de processamento sensorial em: hiperresponsivo (responde de forma rápida e intensa aos estímulos), hiporresponsivo (necessitando de mais estímulos, devido a sua resposta lenta) e aqueles que desejam uma quantidade incomum de entrada sensorial.

Figura 1 – Nova nosologia para o processamento sensorial.



Fonte: MILLER et al, 2007.

Analisando a entrevista do neurologista José Salomão Schwartzman, reconhecido especialista e professor titular no Curso de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, concedida a Neumann (2017), o médico discorda um pouco dessa rigidez de classificação do transtorno do processamento sensorial. Schwartzman prefere o conceito de autismo como um quadro caracterizado pela inconsistência sensorial. Ou seja, a criança pode exibir algumas características de uma determinada disfunção, mas não ter essa disfunção. Em seu livro, Kranowitz (2006) dá o exemplo de uma criança que se retira ao ser tocada e que pode parecer hipersensível à estimulação tátil, mas pode ter um problema emocional relacionado ao toque ou aproximação. Kranowitz (2006) afirma que a criança pode ser hipersensível e hipossensível, como exemplo ela citou uma criança que é extremamente sensível ao toque leve, mas indiferente à dor de uma inoculação. Assim, Schwartzman acredita que predominantemente crianças autistas são hipersensíveis e hipossensíveis, mas o que caracteriza o comportamento sensorial deles é essa instabilidade (NEUMANN, 2017).

Dessa forma, percebeu-se a existência de lócus onde a Arquitetura deveria ser inserida. Assim, desse enfoque, de enxergar a pessoa com autismo como um usuário com percepção diferenciada, surgiram trabalhos como os de Beaver (2003, 2006), Whitehurst (2007), Mostafa (2008), Ahrentzen (2009), Brand (2010), Rowell e Braddock (2011), Barbado (2013), Leestma (2015) e Owen (2016) que abordam recomendações de concepção do ambiente construído destinado ao público autista. Decker (2014) estende essa discussão à cidade, ao propor um planejamento urbano inclusivo também para adultos com autismo, porém este não será abordado nesta pesquisa por possuir outro enfoque.

Ao estudar a relação de estímulos sensoriais e crianças com autismo, Mostafa (2008), considerada a pioneira de projetos na área, elaborou diretrizes de projeto ao relacionar tipos de usuários, características dos ambientes e objetivo, nomeando de matriz de desenho sensorial (Quadro 4). Seus estudos iniciaram em 2002, após procurar, sem sucesso, por orientações e códigos de acessibilidade que a auxiliassem a projetar o primeiro centro educacional autista do Egito (SILVA, 2016). Alerta ao lembrar que o autismo afeta cada pessoa de forma diferente, exigindo uma abordagem de estrutura conceitual ao invés de um conjunto de regras rígidas, com as quais os arquitetos costumam lidar ao projetar para pessoas com deficiências (MOSTAFA, 2008). Ao analisar as recomendações sugeridas por Mostafa, percebe-se uma forte relação com o modelo de processamento sensorial descrito por Miller.

Quadro 4 – Diretrizes de desenho arquitetônico gerada pela Matriz de Desenho Sensorial

(continua)

It.	Diretrizes de Projeto	Objetivo Sugerido e Usuário
1.	Ambientes fechados	1) para reduzir distração visual e acústica para pacientes hiper auditivo e hiper visual. 2) criar focos visuais em casos de interferências visuais. 3) para reduzir intromissão olfativa através de ventilação para hiper olfativo.
2.	Ambientes abertos	1) para aumentar oportunidades de estímulos acústicos para hipo auditivos. 2) para providenciar estimulação visual para hipo visuais. 3) para reduzir o senso de confinamento de hipo táteis.
3.	Tetos baixos e proporções moderadas	1) para reduzir ecos para hiper auditivos. 2) para reduzir a distorção e ilusões visuais do espaço para hiper visuais. 3) para promover o equilíbrio para hipo e interferência-proprioceptivo. 4) para criar um ambiente mais acusticamente controlável.
4.	Tetos altos e proporções exageradas	1) para aumentar ecos e estimulação auditiva para hipo auditivos. 2) para criar estimulação visual e ilusória para hipo visuais. 3) para estimular o senso proprioceptivo do espaço para hiper proprioceptivos auditivos.
5.	Uso de escala reduzida/humana	1) para reduzir ecos para hiper auditivos. 2) criar um ambiente auditivo controlável para o auditivo de interferência. 3) para criar um espaço controlável e gerenciável para hiper e visuais de interferências. 4) para aumentar estimulação tátil da proximidade com o limite para hipo tátil. 5) para aumentar a estimulação proprioceptiva da proximidade com os limites para os hipo proprioceptivo. 6) para criar um ambiente controlável para o auditivo de interferência e proprioceptivo.
6.	Uso de escala ampla	1) para criar estimulação auditiva através de ecos para os hipo auditivo. 2) para criar estimulação visual através de ampliação espacial para hipo visuais. 3) para reparar superestimulação de limites espaciais para hiper táteis e hiper proprioceptivos.
7.	Orientação em direção a vistas externas e elementos de interesse	1) para criar foco e atração para hipo visuais. 2) para introduzir equilíbrio e direção para hipo proprioceptivos.
8.	Uso do foco de atividade para organizar o espaço	1) para aumentar o momento de atenção e reduzir a distração para hiper auditivo e hiper visual. 2) para criar um ponto de referência comportamental e geométrico para hipo proprioceptivo e proprioceptivo de interferência.
9.	Organização simétrica	1) cria previsibilidade para hiper visuais. 2) cria equilíbrio acústico para hiper auditivos. 3) aumenta o senso de centro e equilíbrio para hipo proprioceptivo de interferência. 4) cria um ambiente controlável da interferência visual.
10.	Organização assimétrica	1) cria estímulos visuais e acústicos para hipo auditivos e hipo visuais. 2) cria estimulação proprioceptivo para hipo proprioceptivos.
11.	Uso do ritmo visual ou espacial	1) para criar oportunidades de estimulação visual e acompanhamento visual para hipo visuais. 2) para criar ambiente previsível e coerente para hipo.
12.	Espaço visualmente harmonioso sem contraste ou discordância	1) para criar um espaço visualmente neutro para hiper visuais. 2) para criar um espaço tátil neutro hiper táteis.
13.	Espaço visualmente desarmonioso usando contrastes	1) para criar estimulação visual para hipo e interferentes visuais. 2) para criar estimulação proprioceptiva para hipo-proprioceptivo.

Quadro 4 – Diretrizes de desenho arquitetônico gerada pela Matriz de Desenho Sensorial

(conclusão)

It.	Diretrizes de Projeto	Objetivo Sugerido e Usuário
14.	Uso de espaços dinâmica e estaticamente balanceados	1) para criar orientação e estabilidade para hiper proprioceptivo e
15.	Uso de espaços desbalanceados	1) para criar estimulação visual para hipo visual.
16.	Uso de cores resplandecentes	1) para criar estimulação visual para hipo visual.
17.	Uso de cores neutras	1) para criar serenidade para hiper visual.
18.	Uso de cores quentes	1) para criar calor psicológico para hipo táteis.
19.	Iluminação natural indireta	1) minimiza brilho e vistas distrativas para hiper visual. 2) diminui o zumbido de luzes artificiais para hiper auditivos.
20.	Vista e iluminação natural direta	1) para criar estimulação visual para hipo visual.
21.	Ruído e ecos	1) cria um ambiente condutível para hiper auditivos. 2) cria um fundo auditivo neutro para interferência auditiva.
22.	Uso de texturas lisas	1) acalma hipo táteis. 2) cria estímulos de eco e reverberação para hipo auditivos.
23.	Uso de texturas ásperas	1) estimula hipo táteis.
24.	Ventilação cruzada	1) reduz cheiros e odores para hiper olfativos.
25.	Ventilação controlada	1) pode favorecer em conter aromas durante aromaterapia para hipo olfativos.
26.	Organização e compartimentação usando sinais visuais	1) ajuda orientar e a ajustar hiper visuais. 2) ajuda estimular a ação em hipo visuais. 3) ajuda organizar a interferência visual. 4) cria limites necessários aos hipo táteis. 5) ajuda orientar hipo e proprioceptivo interferente.
27.	Organização espacial de acordo com características sensoriais	1) ajuda orientar e ajustar hiper visuais. 2) ajuda organizar a interferência visual. 3) ajuda orientar o hipo e proprioceptivo interferente.
28.	Uso de circulação de mão-única para potencializar a rotina	1) ajuda orientar e ajustar hiper visuais. 2) ajuda organizar a interferência visual. 3) ajuda orientar o hipo e proprioceptivo interferente. 4) ajuda

Fonte: MOSTAFA, 2008. Traduzido por SILVA, 2016.

O termo *autism-friendly design* ou *autism-friendly environment* é empregado para denominar projetos e ambientes planejados ou inclusivos ao público com TEA. O aeroporto de Shannon, na Irlanda, possui uma sala sensorial para crianças com autismo⁴, pois o ambiente do aeroporto pode causar estresse pela quantidade de estímulos, como luzes, ruídos e a quantidade de pessoas que ali transitam. No Brasil, o projeto Sessão Azul⁵ oferece sessões de cinema adaptadas para crianças com distúrbios sensoriais. Há uma preparação do ambiente para recepção dessas famílias, dessa forma, durante a exibição do filme, a sala de cinema permanece com as luzes acesas, o som é reduzido e a plateia pode se movimentar e gritar, por exemplo.

O conceito *autismo-friendly design* não é focado somente em estímulos sensoriais, também inclui recomendações de acessibilidade, proteção e segurança, entre outras. Braddock e Rowell (2011), realizaram modificações em ambientes residenciais de famílias com algum membro dentro do espectro, segurança e durabilidade dos materiais são a base desses projetos. Em 2014 na Seminole State College, sob a supervisão da professora Kathryn Rivera, foi desenvolvido um curso piloto de design de interiores voltado para as necessidades de pessoas autistas⁶. No curso foram desenvolvidos ambientes como cozinhas e banheiros, onde a segurança deve ser redobrada pelo fato de tais usuários apresentarem comportamento e ações sem noção de perigo, aumentando significativamente propensão a acidentes.

Um projeto de pesquisa em desenvolvimento desde 2015 na Universidade de Michigan, estuda um ambiente tátil interativo de arquitetura para autismo, a partir da integração de campos como arquitetura, engenharia estrutural, interação homem-computador e psiquiatria⁷. A princípio foi desenvolvida uma estrutura híbrida de tecido e hastes de polímero reforçado com vidro (Figura 2). Com projeções de figuras abstratas e desenhos no tecido da estrutura aliado a um software interativo de pintura e som, a criança interage com a estrutura através do toque. O toque é um componente importante, principalmente, para autistas não verbais, possibilitando a comunicação. Como a percepção do espaço e tempo, em seus componentes sociais e ambientais, ocorre de maneira atípica em crianças com autismo, o estudo em andamento, pretende oferecer a base para uma arquitetura que define a experiência sensorial como a normativa pela qual paisagens materiais, espaciais, visuais e sonoras são instrumentalizadas (AHLQUIST et al, 2015).

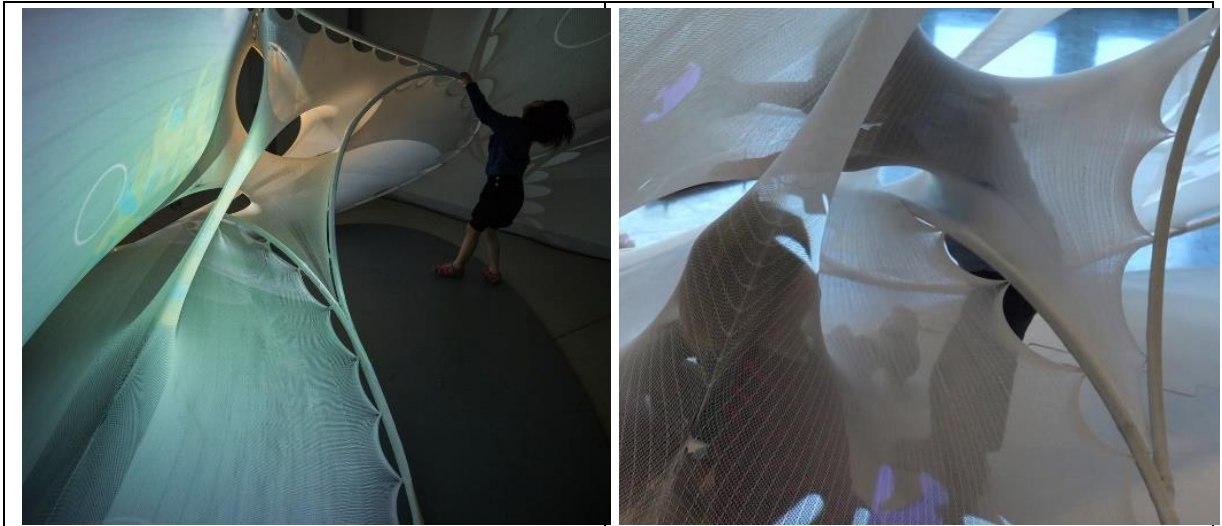
⁴ Disponível em: <http://www.shannonairport.ie/gns/passengers/prepare/autismandspecialneeds.aspx>

⁵ Disponível em: <http://www.sessaoazul.com.br/>

⁶ Disponível em: <https://www.seminolestate.edu/newsroom/articles/1065/College-launches-autism-focused-interior-design-course>

⁷ Disponível em: <https://www.autodesk.com/redshift/architecture-for-autism/>

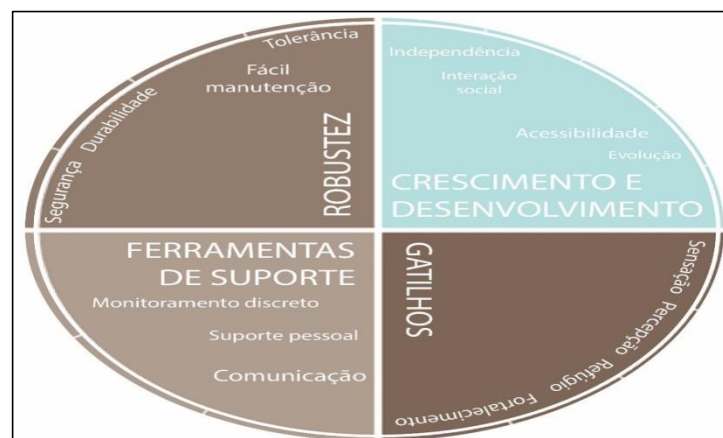
Figura 2 – Instalação interativa para o autismo.



Fonte: Social Sensory Architectures, 2016.

O arquiteto Brand (2010) juntamente com um grupo de especialistas, incluindo John Zeisel, elaborou uma série de recomendações com base na experiência, observações e percepção de pessoas com autismo e sua família. Entre algumas das descobertas feitas está a importância de relacionar a atividade com o espaço, criação de espaços seguros e áreas de transição (como os corredores, por exemplo) com a finalidade de ajudar a reduzir a ansiedade e estresse. O autor organizou tais recomendações em quatro temas (Figura 3): crescimento e desenvolvimento, que encoraja a exploração de ambientes e espaços para desenvolver interesses e habilidades; gatilhos, reduzir os gatilhos do ambiente que provocam agitação e ansiedade, fornecendo informações compreensíveis e espaços coerentes com as necessidades sensoriais dos usuários; robustez, diz respeito a durabilidade e segurança do ambiente; e por fim, ferramentas de suporte à equipe de pessoas do cuidado e apoio (Brand, 2010).

Figura 3 - Diretrizes projetuais do estudo de Brand.



Fonte: BRAND, 2010. Traduzido pela autora, 2018.

O estudo de Brand foca na questão da habitação e cita o caso do Reino Unido que formalizou suas políticas para provisão de habitação e suporte para adultos com autismo. As comunidades que oferecem habitação adequada e serviços de apoio são atualmente o foco de muitas instituições americanas que lidam com adultos autistas. Steele e Ahrentzen (2009) elaboraram diretrizes de projeto para essas moradias, mas atenta que cabe aos projetistas e usuários selecionar quais dos recursos que melhor respondem as necessidades e aspirações específicas dos residentes. Dessa forma, as recomendações são organizadas em dez tópicos (STEELE; AHRENTZEN, 2009):

1. Garantir proteção e segurança: fator essencial, já que muitas pessoas com autismo não conseguem avaliar situações de risco;
2. Maximizar a familiaridade, estabilidade e clareza: mudanças e transições são problemáticas para pessoas com autismo, é preferível criar ambientes lógicos, com continuidade e conexão entre as áreas mais importantes;
3. Minimizar a sobrecarga sensorial: simplificar o ambiente sensorial com a criação de espaços neutros;
4. Permitir oportunidades para controlar a interação social e privacidade;
5. Fornecer escolha adequada e independência: criar espaços que possam ser modificados por seus usuários, flexibilidade;
6. Saúde e bem-estar: promover qualidade de vida através do uso de materiais não tóxicos, disponibilidade de luz natural, boa ventilação e incorporação de estratégias de design universal;
7. Melhorar a dignidade de vida: escolher um bairro que aceita e apoia a diversidade de seus residentes, projetar uma casa que permita a personalização dos espaços e arranjos;
8. Durabilidade: investir em materiais e equipamentos de alta qualidade que resultarão em menor custo de manutenção/substituição;
9. Acessibilidade: projetar incorporando as limitações físicas de seus usuários, além de incorporar práticas sustentáveis na construção;
10. Mobilidade: a seleção do lote é fundamental para o desenvolvimento residencial, deve ser levado em consideração aspectos referentes ao acesso de transporte, serviços comunitários, entretenimento e vizinhança.

O estudo de Steele e Ahrentzen (2009) também incorpora recomendações de sinalização visual, cores para decodificação e sinalização do ambiente, permeabilidade visual, acústica e evitar cheiros fortes que possam irritar os hipersensíveis. Segundo as autoras, com apoio de

especialistas, a iluminação natural é mais desejável pelo fato de que pessoas com autismo geralmente experimentam problemas de percepção visual que são exacerbados por condições de iluminação artificial. Whitehurst (2007) recomenda uma iluminação suave e não fluorescente que auxilie na distinção de diferentes superfícies.

Khare e Mullick (2008), consideram que nem todas especificidades dos usuários com autismo são abordadas em pesquisas sobre desenho universal, pois geralmente existe um foco em deficiências física e sensorial, mas não especificamente deficiências cognitivas significativas. Owen (et al., 2016) considera o desenho universal uma aspiração fundamental no projeto do ambiente construído, considerando e acomodando toda a diversidade e diferença humana. No entanto, o ambiente construído continua a apresentar barreiras à inclusão para muitas pessoas cujas diferenças não são explicitamente visíveis ou comumente reconhecidas em normas ou diretrizes de projeto.

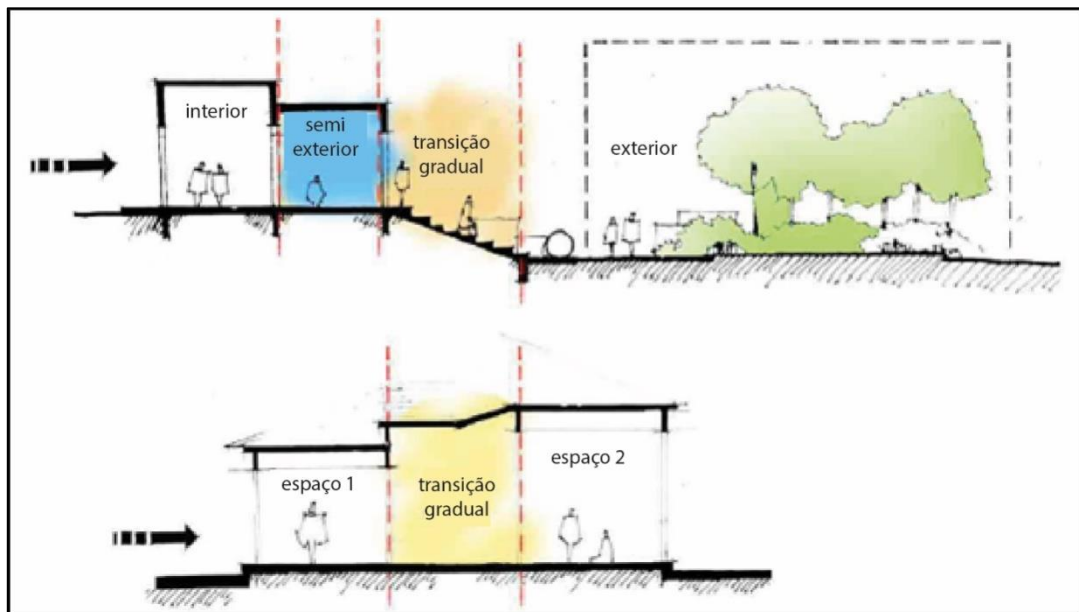
Leestma (2015) atenta ao fato de que muitas pessoas com autismo apresentam atraso no processamento, afetando a compreensão e aprendizado, e percepção fragmentada, isto implica que o todo não é interpretado de uma vez, e sim em unidades que compõem a paisagem visual. Apesar de existir uma gama de características dentro do espectro autista, enquanto alguns se adaptam e outros necessitam de ambientes mais especializados, Khare e Mullick (2008) acreditam que para todos com TEA o ambiente serve como uma ferramenta de ensino importante e sua educação é melhorada pelo ambiente projetado adequadamente e afetado negativamente por espaços mal concebidos. “As crianças com autismo precisam de estrutura, clareza, previsibilidade e segurança em seus arredores para melhorar seu desempenho” (KHARE; MULLICK, 2008, p.72). O termo “baixo estímulo” é usado com frequência nesses estudos porque os ambientes são usados não por um, mas vários indivíduos no espectro. Dessa forma, busca-se recomendações que grupos sensoriais mistos se beneficiem (cores suaves, luz filtrada, livre de odor, superfícies suaves, layouts que facilitem a orientação, interação e comunicação⁸.

Um termo usado para caracterizar a adequação da transação pessoa-comportamento-ambiente é "congruência" ou "ajuste". O ajuste é um estado de equilíbrio onde as capacidades de um indivíduo estão em equilíbrio com as demandas do meio ambiente. O equilíbrio pode não ser um ponto pivô específico, mas sim "zonas de adaptação" dentro das quais os indivíduos são suficientemente desafiados, mas não tão desafiados ou privados que estão sob estresse patológico. A percepção dos usuários desempenha um papel no "ajuste". Ambientes habilitadores, projetado para alcançar o melhor ajuste, deve ser congruente com os requisitos funcionais de seus usuários (KHARE; MULLICK, 2008, p.68).

⁸ Disponível em: <http://www.architectuur-voor-autisme.org/7-misconceptions-about-autism-friendly-design>

Beaver (2006) acredita que existem questões chaves nas demandas desses espaços. O autor considera a acústica um aspecto importante do projeto, pois influencia na escolha dos materiais e, portanto, na estética e calor do edifício. A ventilação natural é um aspecto desejável, mas apresenta dificuldades na sua implantação. De acordo com Beaver (2006), janelas com peitoril acessível ao público infantil com TEA pode dificultar o desenvolvimento de atividades, visto que muitos tendem a querer escapar ou fixar a atenção na mesma. Quanto aos fluxos, o autor recomenda um *layout* simples em detalhes, com materiais e cores facilmente compreensíveis. Transições graduais de espaços (Figura 4) se encontra na grande parte das recomendações, como também limites claros, onde a compreensão das diferentes fronteiras e funções do espaço são evidenciadas.

Figura 4 - Espaços de transição.



Fonte: OWEN et al., 2016. Traduzido pela autora 2018.

Whitehurst (2007) observou que as crianças muitas vezes colocavam as mãos nas paredes, seguindo os contornos ao redor do corredor, como estivessem se guiando. Para a autora tal ação refere-se aos problemas proprioceptivos destas crianças, “[...] muitas vezes eles têm dificuldades de estar ciente de seus próprios corpos em relação ao contexto em que eles encontram si mesmos” (WHITEHURST, 2007, p.4). Beaver, que projeta há anos diferentes tipos de edifícios especialmente para o público autista, esclarece:

O reconhecimento fácil de espaços e salas é essencial e isso pode ser determinado pelas cores do tapete e pela forma como os espaços fluem de um para o outro. Descobrimos que paredes curvas ajudam algumas crianças a se moverem pelo prédio,

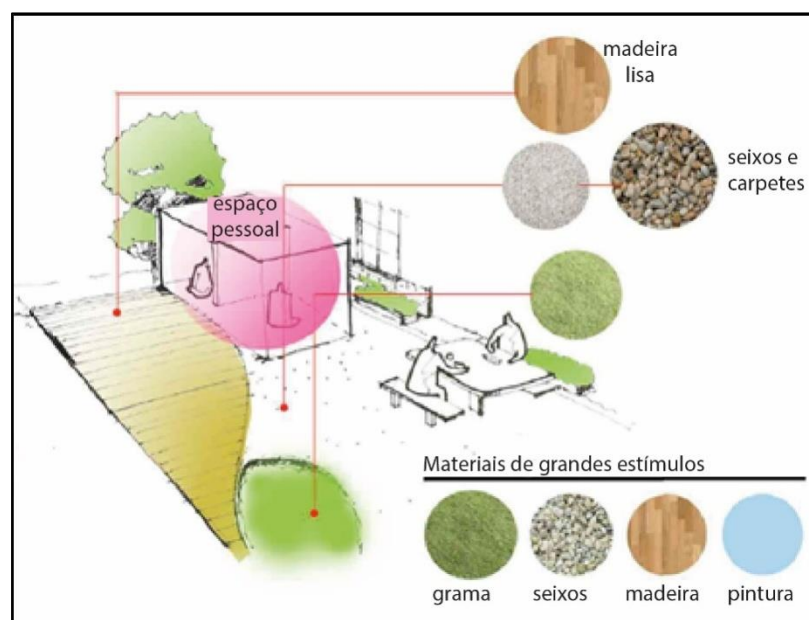
à medida que gostam de seguir a curva e evitar cantos repentinos (BEAVER, 2006, p.5).

Os espaços, internos ou ao ar livre, de brincadeiras, contemplação, relaxamento e descanso beneficiam todas as crianças ao possibilitar o desenvolvimento social, físico e cognitivo. O brincar em crianças com autismo ocorre de maneira diferenciada com ações ritualizadas, imutável com pouca ou ausência de imaginário, no entanto, é importante considerar que:

[...] o brincar deve ser entendido como uma experiência em que a presença do outro é fundamental para que ela aconteça. Nesse sentido, por exemplo, a mãe (o ambiente) é esse outro que viabiliza o brincar, do mesmo modo que o terapeuta facilita, favorece a realização dessa atividade, como expressão da própria criatividade do sujeito. E, além disso, a presença do outro, que se coloca na posição de alguém que – mesmo sendo espectador – dá sentido ao brincar, irá produzir um mínimo de abertura para que haja um brincar criativo (MELLO, 2015, p.57).

Owen (et al., 2016) considera que o espaço, palco de brincadeiras e possíveis interações, pode apresentar uma maior diversidade sensorial ou zonas com diferentes tipos e níveis de estimulação sensorial (Figura 5). Os "jardins sensoriais" incorporam plantas com diferentes cheiros, cores, padrões e texturas e também pode optar pelo plantio de frutíferas em algumas áreas do jardim. Todos os materiais e plantas devem ser selecionados para não apresentarem riscos. Esculturas musicais, painéis táteis, fontes de água e poços de areia podem ser incorporados como parte do jardim sensorial para melhorar a estimulação acústica e tátil (OWENS et al., 2016).

Figura 5 - Diversidade sensorial



Fonte: OWEN et al., 2016. Traduzido pela autora, 2018.

O termo ambiente estruturado, comumente utilizado no tratamento do autismo, relaciona-se ao Behaviorismo de Skinner. O behaviorismo pode ser compreendido como uma filosofia da ciência, especificamente a filosofia do comportamento (BAUM, 2006). A área de investigação conceitual, empírica e aplicada do comportamento dessa filosofia é a Análise do Comportamento, fundada por Skinner. A Análise do Comportamento busca compreender o ser humano a partir de sua interação com o seu ambiente. Ambiente, na citada abordagem, refere-se ao mundo físico, social e a nossa história de vida e interação com nós mesmos (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Termos como reflexo, estímulo e resposta são importantes na investigação do comportamento. Segundo Moreira e Medeiros (2007), estímulo é uma parte ou mudança em uma parte do ambiente; resposta é uma mudança no organismo e, o reflexo é uma relação entre estímulo e resposta. Reflexo, então, refere-se às relações entre estímulo e resposta que especificam que determinada mudança no ambiente produz determinada mudança no organismo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007), assim:

Diversos problemas importantes concernentes à estimulação são relativamente independentes das propriedades físicas particulares dos estímulos e de amplitude de ação. Ao atacar esses problemas não importa saber se o órgão receptor é o olho ou o ouvido, por exemplo, e podemos trabalhar com valores de estímulos que não levantam o problema dos limites (SKINNER, 2003, p.144).

Tais princípios de Skinner inspiraram propostas terapêuticas comportamentalistas, como a ABA e TEACCH, ambas voltadas para a educação de crianças com autismo. Nas terapias citadas, é comum a estruturação do ambiente físico destinado ao tratamento (Figura 6). “O TEACCH se baseia na adaptação do ambiente para facilitar a compreensão da criança em relação a seu local de trabalho e ao que se espera dela” (FERREIRA, 2016, p.33). Diversas instituições oferecem recomendações para esses ambientes, como dispor o mobiliário, diminuir as distrações visuais, incentivo de trabalho individual e estações de trabalho em grupo, pois:

Muitos alunos têm dificuldades de organização, não sabendo aonde ir e como chegar, perdendo-se no ambiente quando este não lhe oferece dicas e referências. A organização do meio ambiente, então, lhe dá pistas visuais que ajudam a entender, evita a distração, promove o foco e tenta garantir que cada área informe sua função (FERREIRA, 2016, p.35).

Figura 6 – Sala estruturada para tratamento TEACCH



Fonte: SARA LIMA, 2012.

2.6 A rede da saúde mental à criança com autismo

Desde 2013, dois documentos foram elaborados pelo Ministério da Saúde, juntamente com gestores, especialistas, pesquisadores e entidades da sociedade civil, para orientar profissionais da Rede SUS e demais atores da comunidade: Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e seus Familiares na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde e as Diretrizes de Atenção à Reabilitação das Pessoas com o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Ambos tratam do cuidado à pessoa com autismo e suas especificidades dentro das Redes Temáticas: a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A concepção de rede articula a ação do cuidado para com o que se situa intramuros e extramuros dos limites da instituição e implica a noção de território e consequentemente territorialização. De acordo com Gil (2004):

O território não é produzido de maneira isolada. Ele decorre das articulações estruturais e conjunturais a que esses indivíduos ou grupos sociais estão submetidos numa determinada época, tornando-se, portanto, intimamente ligado ao tempo e ao modo de produção vigente. Este aspecto processual de formação do território constitui a territorialização (GIL, 2004, p.7).

Segundo Haesbaert (2004), território pode ser interpretado como o espaço socialmente construído, possui poder de apropriação (processo simbólico, valor de uso) e de dominação (processo concreto e funcional, valor de troca). “Portanto, todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar ‘funções’ quanto para produzir ‘significados’” (HAESBAERT, 2004, p.3). Entende-se que o território da saúde não é apenas físico ou geográfico, representa também o trabalho ou a localidade. Envolve a organização e gestão do

sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais (FLEURY; OURVENEY, 2007).

O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. *O território é o lugar psicossocial do sujeito* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p.13).

No entanto ao pesquisar sobre a concepção de território na Saúde Mental brasileira, Furtado et al (2016) chegou à conclusão de uma prevalência na noção funcional de território, “[...] que omite relações de poder e apropriações simbólicas, aumentando a tendência de a reinserção de pessoas com sofrimento mental desembocar na sua sujeição ao território dado, em vez de favorecer transformações socioespaciais para o convívio com as diferenças” (FURTADO et al, 2016, p.1). Lima e Yasui (apud Furtado et al, 2016, p.9) colocam a prática clínica mais atenta e cuidadosa como uma forma capaz de acolher a multiplicidade de existências e redes de sentido que criem novos territórios.

O conceito de rede refere-se mais do que um mapeamento de estabelecimentos, mas uma inter-relação composta por diferentes serviços, marcado pelo espaço em que a vida acontece e se processa (SILVA; PINHO, 2015). Como exposto por Silva e Pinho (2015) os dispositivos estratégicos de apoio psicossocial, a exemplo o CAPS, não totalizam o cuidado total do indivíduo, pois deve ser promovido uma atuação em rede com o objetivo de compreender o sujeito integralmente.

Tendo em vista a noção de territórios e rede, a estratégia de cuidado especializada à saúde voltada ao público autista consiste em: Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), outros institutos, ambulatórios e especialidades. O “Plano Viver sem Limite” elaborou A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência estabelecendo o compromisso com o direito das pessoas com deficiência. Como desde 2012, através da lei Berenice Piana, a pessoa com autismo é considerada deficiente. A lei beneficiou ampliando a oferta de possibilidades de tratamento que constitui uma importante estratégia na atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, respondendo de forma mais adequada aos diversos graus de limitações funcionais, assim:

Nos quadros do espectro do autismo, cabe à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência desenvolver estratégias terapêuticas de modo acolhedor e humanizado, direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Tais ações são direcionadas por meio de processos de habilitação e reabilitação focados nas dimensões cognitivas e de

linguagem oral, escrita e não verbal, na condição de vetores básicos à circulação e à pertença social dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.114).

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) enquanto pontos de atenção ambulatorial especializada em reabilitação visam garantir o desenvolvimento de habilidades funcionais de pessoas com deficiência para promover sua autonomia e independência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). São classificados de acordo com a quantidade de modalidades (física, auditiva, visual e intelectual) de reabilitação oferecida e prevê o serviço de reabilitação intelectual. Recentemente, houve a inclusão do serviço de atenção à pessoa com autismo, devendo ser atendidas num CER que tenha entre as suas habilitações a reabilitação intelectual ou estabelecimento certificado em apenas uma modalidade de reabilitação e credenciado na reabilitação intelectual. Segundo Kopko (2017) os resultados do processo de reabilitação são percebidos e medidos por meio da melhora da funcionalidade do indivíduo, buscando sempre a autonomia em diferentes aspectos da vida do paciente, como a mobilidade, autocuidados de higiene, trabalho e comunicação. De acordo com o instrutivo de reabilitação do Ministério da Saúde (2014), cabe aos Centros Especializados em Reabilitação desenvolver estratégias terapêuticas direcionadas a reestruturar e compensar as perdas funcionais, com ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, principalmente voltadas à cognição, sociabilidade e linguagem (oral, escrita e verbal) da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. Também está prevista orientações à família e a escola por meio de um atendimento multiprofissional.

Os CAPS são dispositivos de cuidado e devem contar com uma diversidade de abordagens promovida por sua equipe multiprofissional. São realizados nos CAPS: atendimentos individuais ou em grupos, atenção aos familiares, atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial, atenção domiciliar, reuniões ou assembleias, tratamento medicamentoso e intensas mediações entre os usuários, suas famílias e a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Cabe ressaltar que o atendimento às pessoas com TEA e aos seus familiares no CAPS ocorre de modo destacado, mas não especializado. Conforme as recomendações da linha de cuidado para atenção às pessoas com TEA:

As diferentes abordagens, bem como a intensidade do cuidado ofertado pelo CAPS, deverão ser plásticas às singularidades das demandas das pessoas com TEA e de suas famílias e deverão incluir outros pontos de atenção da saúde e de outros setores que disponham de recursos necessários à qualidade da atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros Especializados de Reabilitação (CER) e as instituições de ensino, os serviços de assistência social, trabalho, esporte, cultura e lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.101).

Segundo Mello et al (2013), além dos órgãos públicos, pode-se incluir instituições:

- a) que seguem o modelo da AMA: associações fundadas por pais com a intenção de oferecer tratamento a pessoas com autismo e sua família, seguem, de maneira geral, o modelo da AMA, mas não necessariamente usam tal denominação;
- b) APAEs: entidades que atendem deficiência intelectual e algumas possuem salas específicas para pessoas com autismo criadas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais;
- c) Associações diversas: fundadas por pais ou profissionais que atendem diversas deficiências;
- d) Clínicas particulares: fundadas por profissionais com fins lucrativos.

Ainda de acordo com Mello et al (2013), a partir da década de 1990, intensificada após os anos 2000, há uma tendência crescente de criação de instituições que assistem somente pessoas com autismo. A pesquisa realizada pela ABRA e AMA, entre 2011 e 2012, aponta que as instituições sem fins lucrativos eram responsáveis por 89% do total da assistência a pessoas autistas no país (MELLO et al, 2013). Apesar das diferenças entre instituições os problemas são, de maneira geral, bastante parecidos, como: dificuldades financeiras, falta de capacitação profissional, falta de empenho e compromisso dos pais e inadequação e/ou insuficiência das suas instalações. Que corrobora para:

Muitas instituições começaram em espaços improvisados e não conseguiram recursos para adequá-los, outras sequer possuem espaço próprio. Outras conseguem doações de terrenos públicos, principalmente por parte das prefeituras municipais, mas carecem de recursos para construir e manter suas instalações (MELLO et al, 2013, p55).

2.6.1 Normatização dos espaços de assistência ao autismo

Com base no atual serviço oferecido pelo Ministério da Saúde à assistência ao autismo algumas considerações quanto a estrutura física de espaços destinados para tais atividades deve ser feita. A Portaria SAS/MS nº224/92, além de instituir os CAPS e NAPS, também determinou diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental. Quanto a estrutura física a portaria apresenta poucas recomendações, funcionando mais como uma listagem de recursos humanos e de ambientes, porém nas disposições gerais recomenda veemente a humanização da assistência e preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, isto inclui a proibição de espaços restritivos (celas fortes).

Arquiteticamente, a Reforma Psiquiátrica tem se manifestado de forma peculiar em cada serviço implantado, os quais têm procurado adaptar suas instalações às novas formas de tratamento por ela preconizadas, a partir de suas demandas e especificidades espaciais. A maioria dos serviços da rede de saúde mental criados até hoje estão instalados em edificações pré-existentes, alugados pelos governos municipais e adaptados para esse novo fim (VIECELI, 2014, p.136).

Todas as instalações físicas devem estar em conformidade com a ABNT NBR 9050 que estabelece critérios e parâmetros técnicos em relação à acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. A resolução RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. A citada resolução dispõe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, na cooperação técnica às secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação deste Regulamento Técnico (Art. 2º). Quanto ao aspecto espacial dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS):

A presente norma não estabelece uma tipologia de edifícios de saúde, como por exemplo posto de saúde, centro de saúde, hospital, etc., aqui se procurou tratar genericamente todos esses edifícios como sendo estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS, que devem se adequar as peculiaridades epidemiológicas, populacionais e geográficas da região onde estão inseridos. Portanto, são EASs diferentes, mesmo quando se trata de edifícios do tipo centros de saúde, por exemplo. O programa arquitetônico de um centro de saúde irá variar caso a caso, na medida em que atividades distintas ocorram em cada um deles (ANVISA, 2004, p.36).

Para tanto, a resolução é complementada por manuais de organizações. Recomenda-se que primeiro haja uma listagem de atividades a serem desenvolvidas nos EASs e posteriormente escolher o ambiente que é adequado para tal, dentre as diversas tabelas de ambientes no documento. Em um ambiente também pode ser realizado mais de uma atividade sem a necessidade da existência da construção de mais um ambiente específico para tal tarefa. Circulações externas e internas, condições ambientais de conforto, condições ambientais de controle de infecção hospitalar, instalações prediais ordinárias e especiais e condições de segurança contra incêndio devem ser previstas com a finalidade de se obter uma unidade.

A oferta de tratamento nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência é importante estratégia na atenção aos portadores do transtorno do espectro autista, tendo nos Centros Especializados em Reabilitação sua principal assistência. Como dito anteriormente, são classificados de acordo com a quantidade de modalidades de assistência à deficiência, incluindo também a deficiência mental. Recentemente, em alguns estados, foi

reconhecido estabelecimentos que ofertam apenas assistência ao autismo, assim, o enfoque será dado a estes casos.

A portaria nº 1.303, de 28 de junho de 2013, estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e dá outras providências. De acordo com o Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) a implantação desses centros pode se dar por meio de novas construções ou por qualificação mediante reforma, ampliação, aquisição de equipamentos e reforço de pessoal. Em 2014, foi incluído a listagem de ambientes e materiais para CER (Quadro 5) que atendem exclusivamente o público autista, porém ainda são poucos no território nacional.

Quanto aos recursos humanos o CER deverá ter: médico neurologista ou psiquiatra, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional. Com caráter opcional podem fazer parte da equipe: pedagogo, assistente social, musicoterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem e nutricionista. Quanto as instalações físicas:

Devem estar em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 31 de maio de 2014; da Resolução – RDC Nº 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002; Portaria nº 2.728, de 13 de novembro de 2013 sobre o Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas e o Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Ministério da Saúde ainda prevê a certificação de estabelecimentos construídos pela população civil, dessa forma, o estabelecimento passa por qualificação de serviços de reabilitação existentes em CER, por meio de reforma, adaptações, ampliação e aquisição de equipamentos, de acordo com as normas exigidas pelo Ministério da Saúde. Como pode ser observado, apenas há uma listagem de ambientes, equipamentos e recursos humano, e esta falta de parâmetros de adequação pode dar origem a ambientes infantis estereotipados que não representam, necessariamente, as necessidades de crianças autistas.

Quanto as demais instituições que atendem exclusivamente ao autismo, uma grande parte funciona em casas adaptadas, é comum também, antes de montar um espaço, ocorrer visitas em instituições já consolidadas para compreender as demandas espaciais que tal estabelecimento exige.

Quadro 5 - Estrutura Física CER

Ambientes mínimos obrigatórios	Dimensionamento			Materiais de consumo
	Quant.	Área (mínima)	Instalações	
Sala de espera/recepção	1	80	NSA	Materiais e Jogos pedagógicos; Brinquedos pedagógicos; Espátulas; Luvas (de procedimento e estéril); Termômetro; Fita métrica; Testes de avaliação psicológica, cognitivos e de linguagem; Colchonetes de espuma ou EVA; Espelho com rodízio; Espelho fixo; Livros infantil e adulto; Livros; Revistas e jornais; Rolo de posicionamento Bola suíça (tamanho 65 e 85 cm); Bola suíça tipo feijão (tamanho 40cm); Cama elástica; Jogo de cozinha; Jogo de jantar com pratos e panelas; Copos; Jogo de talheres; Tigelas; Escorredor de louça; Jogo de pano de prato; Jogo de potes; Lixeira; Liquidificador; Tatame; Almofadas.
Consultório de Neurologia ou Psiquiatria	1	12,5	HF	
Sala de Atividade de Vida Prática (AVP)	1	20	HF, HQ, ADE, E	
Consultórios interdisciplinares para triagem e avaliação clínico-funcional	4	12,5	HF	
Espaço de atendimento terapêutico em grupo infantil e adulto	1	20	HF	
Sala de atendimento terapêutico infantil individual	1	12	HF	
Sala de atendimento terapêutico adulto individual	1	20	HF	
Sala de estimulação precoce	1	20	HF	
Espaço adequado para reunião	1	12	ADE	
Sanitários para usuários do serviço (feminino e masculino)	2	10	HF	
Sanitários adaptados para usuários do serviço (feminino e masculino)	Informações não constam nos manuais e nem na portaria, apenas a menção de sua existência.			
Sanitários/vestiários para funcionários (feminino e masculino)	2	10	HF, HQ	
Almoxarifado	1	15	NSA	
Espaço para arquivo	1	10	ADE	
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1	2	HF	
Sala para o setor administrativo	2	10	ADE	
Copa/refeitório	1	20	HF	
HF = água fria. HQ = água quente. NSA = não se aplica. ADE = a depender dos equipamentos utilizados. E = exaustão (é dispensável quando existir sistema de ar circulado).				

Fonte: elaborado pela autora com base na portaria nº 1.303 e nos manuais dos CER, 2017.

Sabe-se que as unidades da AMA em São Paulo foram projetadas por arquitetos que o fizeram como uma doação por se tratar de uma instituição filantrópica. A Unidade Lavapés foi projetada pela arquiteta Sonia Longato Bitar, em 1999. A Unidade Parelheiros teve uma residência como sede inicial em 1989, no ano de 2005 foi demolida para iniciar com verba do BNDES e da Secretaria do Estado da Saúde, a construção do novo edifício projetado pelo

arquiteto Alberto Yoshinaga (MELLO et al, 2013). Também com verba do BNDES foi construído em 2007 o edifício da Unidade Luis Gama do arquiteto Francisco Segnini. Infelizmente não foram encontradas as plantas e cortes arquitetônicos dos edifícios. Em 2012, o Governador do Estado de São Paulo Geraldo Alckmin assinou a doação do terreno de 2300 m² e o arquiteto Ruy Ohtake, conhecido por projetos humanizados e de formas orgânicas, doou à AMA um projeto para a construção da Unidade Vila Ré (Figura 7) com capacidade para atender aproximadamente 100 crianças e jovens com autismo. A unidade ainda não foi construída devido à ausência de verba para custeio da mesma, porém a associação está realizando campanhas para arrecadação.

Figura 7 – Perspectiva externa da AMA Vila Ré, projeto do arquiteto Ruy Ohtake.



Fonte: AMA, 2015.

A Anvisa (2014) elaborou um manual sobre conforto ambiental em estabelecimentos assistenciais à saúde. O manual surgiu da necessidade de atualizar as normas existentes na área de infraestrutura física em saúde com a revisão da RDC nº 50. O referido manual também ampliou as condições ambientais de conforto (Figura 8), que na RDC 50/2002 tinham três abordagens: (1) conforto higrotérmico e qualidade do ar, (2) conforto acústico e (3) conforto luminoso a partir de fonte natural. Assim, foi incluído novos componentes de conforto, como na Figura 8.

Figura 8 – Tipos de conforto expresso no manual da Anvisa.



Fonte: Anvisa, 2014.

A atualização dos temas ligados ao conforto humano gerou recomendações projetuais e funcionais que antes não recebiam destaque nos demais manuais. Tal contribuição pode possibilitar aspectos projetuais arquitetônicos humanizados, então:

Nesse contexto, ressalte-se a vinculação do desenho do espaço com os elementos funcionais e estéticos e com o tratamento paisagístico. O uso das cores e dos demais componentes de conforto estão, entre outros, vinculados ao conceito da humanização na assistência à saúde (ANVISA, 2014).

2.7 Avaliação pós-ocupação

Nas últimas décadas, diferentes disciplinas, incluindo a Arquitetura, estão interessadas em entender a inter-relação entre pessoas, ambiente e comportamento. Apoiada em diversos autores da área, Elali (1997) destaca a Psicologia Ambiental como a ponte entre conhecimentos psicológicos e arquitetônicos necessários à construção de um ambiente mais humanizado e ecologicamente coerente. Categorizada como uma das áreas da Psicologia Ambiental, a Avaliação Pós-Ocupação (APO) permite que o ambiente construído possa ser avaliado a partir da percepção de diferentes usuários. Conforme Preiser et al., (1988), Zimring (2002), Ornstein (1992), Günther (1996) o ponto focal da APO é a satisfação dos usuários. Dessa forma, como metodologia para avaliação dos espaços selecionados desta pesquisa, serão utilizados métodos de APO por sua utilização consolidada na investigação usuário-ambiente.

De acordo com Ornstein (1992), a APO teve origem nos Estados Unidos no final da década de 1960, devido a investigação em conjuntos habitacionais que não satisfaziam as exigências dos moradores. Assim, foi preciso desenvolver técnicas de avaliação com a participação de especialistas e usuários. Para Ornstein (1992), essa metodologia pretende diagnosticar aspectos positivos e negativos do ambiente construído, por meio da avaliação de fatores técnicos, funcionais, estéticos e comportamentais, tendo em vista a opinião de especialistas e usuários. Rabinowitz (1984 *apud* Elali et al., 2006), destaca três aspectos mais característicos em uma APO: físicos, funcionais e comportamentais. Os aspectos físicos estão relacionados às características como dimensões, técnicas e materiais construtivos, condições de conforto, entre outros. Os aspectos funcionais dizem respeito às atividades ocorridas no local, seus usos e fluxos, mobiliário e equipamentos necessários. Por fim, os aspectos comportamentais se referem à dinâmica ocupacional do edifício e como os usuários percebem e se relacionam com o ambiente (ELALI et al., 2006).

Para Kowaltowski et al. (2006), a realização da avaliação pós-ocupação pode gerar prescrições para a melhoria do ambiente já construído, parâmetros de projeto e conhecimentos

diversos de tipologias edificadas e seus usuários. Segundo Zimring (2002) a APO pode beneficiar um projeto específico e contribuir para o conhecimento com base nas lições aprendidas.

Métodos participativos de projetos surgiram da necessidade da inclusão de diversas opiniões e percepções dos usuários, admitindo-se a falta de conhecimento total do problema a ser resolvido pelo projetista (KOWALTOSKI et al., 2006). É nesse campo que se insere o objeto de estudo desta pesquisa, pois a simples listagem de ambientes, somado a recomendações genéricas, não são capazes de promover uma reflexão da importância que tais espaços representam para seus usuários.

3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A metodologia consistiu em uma Avaliação Pós-Ocupação (APO) de um centro assistencial ao autismo de Alagoas a partir de uma abordagem multi-métodos, fundamentada em pesquisa qualitativa e quantitativa. Ornstein (1992) coloca como metas de uma APO a produção de informação na forma de banco de dados e o conhecimento sistematizado sobre o ambiente e as relações ambiente-comportamento.

Primeiramente, foi realizada uma caracterização do objeto de estudo, analisando o contexto no qual o estabelecimento foi criado e sua funcionalidade. Diferentes métodos de avaliação e percepção foram utilizados para compreender a relação ambiente e usuário, tais como: *walkthrough*, questionários, entrevistas e jogo das imagens.

É importante salientar que a aplicação de todas ferramentas utilizadas com usuários foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A), mediante a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes.

3.1 Levantamentos, *walkthrough* e *checklists*

Em português, o procedimento *walkthrough* pode ser compreendido como uma “caminhada pelo local”, pode ser guiada por pessoa-chave, como projetista, administrador, representante dos usuários e outras (Günther et al, 2004). Tendo concluído o *as built* do edifício, o objetivo desta técnica é possibilitar uma percepção inicial do espaço em estudo, dessa forma observa-se aspectos funcionais, técnicos, estéticos e comportamentais. A pessoa-chave pode relatar os usos dos ambientes, citar os pontos positivos e negativos e principais alterações no edifício, assim como sua satisfação com o espaço em geral. Para uma coleta de dados sistemática, serão utilizadas fichas de avaliação para cada ambiente.

O levantamento físico não envolveu instrumentos de campo sofisticado, sendo usado papel, lápis, trena e a câmera do aparelho celular.

3.2 Entrevistas e questionários

Segundo Ornstein (1995), entrevistas e questionários são amplamente utilizados porque são praticamente o traço de união entre os registros e documentos oficiais, mas atenta que tais métodos devem ser pensados cuidadosamente. Kornhauser (1987), explica que na entrevista e no questionário, “dá-se um grande peso aos relatos verbais dos sujeitos para obtenção de

informações sobre os estímulos ou experiências a que estão expostos e para conhecimento de seus comportamentos” (KORNHAUSER et al., 1987, p. 15).

Deve-se construí-los em tópicos e levar em conta a sensibilidade através de técnicas apropriadas e interpretação facilitada das questões. Kornhauser (1987) ainda se atenta ao fato que não estamos conscientes de muitas de nossas crenças e motivações, portanto, não podemos relatá-las.

As entrevistas e questionários (Apêndices A e B) foram aplicados com pais, mães e profissionais da instituição. Os questionários e entrevistas, baseados no trabalho de Elali (2002), tem o objetivo de caracterizar o ambiente em estudo, atividades desenvolvidas pelos profissionais e os aspectos positivos e negativos do espaço. Com o intuito de exercer menos pressão sobre o respondente, este poderia levar para responder em sua residência ou local que considerasse mais apropriado.

3.3 Jogo de imagens

Muitas vezes o participante da pesquisa não consegue expressar suas ideias através de entrevistas ou questionários, necessitando de mais estímulos para fornecer informações. A equipe multiprofissional tem um papel fundamental ao orientar crianças e pais. Os pais, por sua vez, funcionam como um tipo de tradutor do mundo e mediadores dos contatos e interações sociais destas crianças, mas isso não significa que todos tenham uma plena consciência dessa função. Sendo assim, foi elaborado um jogo de imagens (Apêndice C) para estimular o participante a descrever como seria o espaço mais adequado para uso de crianças autistas, onde as imagens disponíveis foram usadas como estímulos visuais.

Dessa forma, existe aproximadamente até 5 variações espaciais para cada ambiente (não levando em consideração ambientes que as atividades realizadas podem coexistir, nesse caso o número de opções aumentava). Tais ambientes diferenciam-se pela quantidade e intensidade de estímulos, sensações provocadas e materiais utilizados, entre outros aspectos. Dessa forma, apesar do número total de imagens usadas na aplicação do jogo ser alta, 36 imagens ao total, os grupos de opções reduziam as possíveis imprecisões nas escolhas.

De acordo com Cavalcante e Maciel (2008), a definição desses estímulos geralmente está atrelada aos objetivos da pesquisa, sendo assim, procurou-se imagens de ambientes coloridos, monocromáticos, com poucas cores, com pouco móveis, muitos móveis, móveis adultos ou infantis, ambientes fechados, espaços abertos, espaços com maior inter-relação interior-exterior, pouca iluminação, muita iluminação, muitos equipamentos, poucos

equipamentos, proximidade com a natureza, semelhança com a casa, etc. As imagens selecionadas (Apêndice D) não apresentam nomes dos ambientes deixando que os participantes os interpretem livremente.

O trabalho de Elali e Pinheiro (2013) apresenta algumas estratégias metodológicas para estudo da relação pessoa-habitação em função da resposta procurada e do modo de atuação do pesquisador no trabalho, sendo que algumas podem ser usadas em diferentes edifícios. A partir dos objetivos da dissertação, considerou-se que métodos projetivos podem contribuir com informações importantes e estimular o envolvimento dos participantes, também possuem um caráter mais livre e informal. O objetivo do método é descobrir atitudes, preferências e aspirações/expectativas. Numa primeira etapa, elencaram a imagem que consideram mais adequada com cada ambiente solicitado, e justificaram a escolha (projetivo não verbal ao elencar as imagens e projetivo verbal ao completar motivo de escolha). Posteriormente, pais e profissionais classificaram tais imagens em ordem de importância dos ambientes (projetivo não verbal). Tais informações foram comparadas com os dados de questionários e entrevistas para validar as demandas projetuais.

3.4 Análise de dados

Após tabulados, os dados foram analisados qualitativamente e quantitativamente. Para as entrevistas foi realizada interpretação textual e com isto foi possível entender as características desejadas do espaço, assim como reação das crianças frente às particularidades do ambiente. Quanto aos questionários, estes foram tabulados e usados diferentes ferramentas de análise a depender do tipo de problema.

Para o jogo de imagens foi utilizado, além de frequência relativa percentual, o índice de saliência. O índice de saliência de Smith é uma medida que calcula a saliência de cada item da listagem, se baseando nos maiores valores de frequência absoluta e maior coincidência de posição de citação dos itens da listagem entre os informantes, promovendo assim um ordenamento dos itens da listagem. O valor do índice vai de 0 a 1. Isto implica que não importava apenas a quantidade de vezes que determinada imagem era citada, mas também se a mesma era ordenada em posições iniciais.

No checklist de avaliação da instituição pelos pais, foi utilizada a medida de incerteza para verificar a predominância dos conceitos. O cálculo da incerteza foi realizado para identificar o consenso entre as respostas dos Pais e Responsáveis para o questionário de Avaliação da Instituição. Quanto menor a incerteza, maior é o consenso entre os respondentes,

independente se esse consenso é para uma resposta positiva, neutra ou negativa. Portanto, quanto menor for o valor da incerteza, mais confiável é o resultado da avaliação quanto à representação da realidade.

Conseqüentemente, quanto maior o valor da Incerteza, mais dividida é a opinião dos respondentes em relação ao Aspecto avaliado no questionário e menos confiável é o resultado, visto que a alteração da quantidade de respondentes na amostra pode alterar o resultado da avaliação do item. Aspectos com alto valor de incerteza também podem não ser confiáveis para representar a realidade avaliada em casos que a divisão de opiniões esteja relacionada com aspectos subjetivos dos respondentes, como gênero, idade, escolaridade e etc.

Para cálculo da Incerteza foi utilizada a Medida de Não-Especificidade, conforme apresentado por Moraes e Abiko (2006), onde, ao realizar estudo comparativo entre medidas de incerteza, afirmam que a Medida de Não-Especificidade “é a que tem representado melhor a variação dos conjuntos-avaliação, identificando os itens que possuem uma maior frequência do mesmo conceito na resposta” (MORAES, ABIKO, 2006, p. 6).

Já no checklist sobre as preferências das crianças em relação ao ambiente, a medida de incerteza foi desconsiderada por entender que se trata de casos diferentes e com grande variação do espectro. Para estes dados foi escolhido a análise fatorial para caracterização dos indivíduos, levando em conta um conjunto de variáveis (se gosta de cores fortes, ambientes frios, etc). Moraes; Abiko (2006) propõem o uso da Análise Fatorial (AF) como técnica exploratória para análise de dados de uma APO, considerando que esta técnica de estatística multivariada pode contribuir para o entendimento de relações de interdependência entre variáveis que podem não ser total ou parcialmente explicitadas quando utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas de análise de variáveis isoladas.

A Análise Fatorial pode ser utilizada quando se deseja avaliar variáveis que não são mensuráveis diretamente, como inteligência e satisfação, e requer que os dados coletados estejam em escala numérica e que guardem estruturas de correlação ou covariância entre si. Como resultado, a AF pode levar à caracterização dos avaliados e a abordagem exploratória indica estruturas de dependência e dimensões de análise que nem sempre são perceptíveis pelo pesquisador (MORAES, ABIKO;2006). Para Reis (2001) a maior vantagem da AF é permitir a simplificação, permitindo a interpretação de um grande número de dados a partir das correlações observadas entre as variáveis. Em contrapartida, Reis (2001) explica que a nomeação dos fatores, geralmente, não é fácil, por não ser uma tarefa objetiva.

Para visualizar melhor as preferências das crianças, será utilizado o escalonamento multidimensional para visualizar estes fatores. O escalonamento multidimensional auxilia na

inter-relação de itens. “A técnica de análise escalonar multidimensional se caracteriza por aplicar estatística não paramétrica multidimensional bastante apropriada a dados qualitativos que contêm uma distribuição multivariada de observações (MONTEIRO, 1994, p. 68).

4 OBJETO DE ESTUDO

Neste capítulo, são apresentados os estabelecimentos assistenciais de tratamento ao autismo infantil em Alagoas, e a instituição selecionada como representativa para estudo de caso desta dissertação. Foram excluídos estabelecimentos CAPSi por sua abrangência que incluem outros transtornos como esquizofrenia, transtorno bipolar, alimentares e de conduta, dificultando assim a investigação relacionada ao espectro autista. Clínicas particulares foram excluídas pelo mesmo motivo. Entidades como APAEs e Pestalozzi foram excluídas inicialmente por atenderem elevado número de pessoas com deficiências intelectuais, visuais, auditivas e físicas.

Para seleção da instituição estudada, foram adotados os seguintes critérios:

- Atendimento exclusivo ao autismo infantil;
- Equipe profissional multidisciplinar;
- Participação de mães e pais na rotina da instituição.

Assim, a apresentação da instituição será desenvolvida a partir dos itens:

- (a) caracterização geral;
- (b) localização;
- (c) usuários e atividades desenvolvidas;
- (d) espaço físico de uma maneira geral.

4.1 Situação em Alagoas

Em 2014, uma matéria em um dos maiores portais de notícia de Alagoas remete a um passado obscuro: jovens diagnosticados com autismo severo eram amarrados em suas camas em um abrigo, sem atendimento adequado, o medo era que tirassem suas vidas ou se machucassem⁹. Apesar do aumento de estabelecimentos que atendam tal demanda, ainda é insuficiente e muitas pessoas com autismo aguardam na fila de espera por tratamento ou são tratadas em locais inadequados.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Alagoas, estão habilitados 55 CAPS¹⁰, distribuídos ao longo do território, entre CAPS I, CAPSII, CAPSad e CAPSi. Porém, o único CAPS destinado exclusivamente ao público infantil é o CAPSi Luiz da Rocha Cerqueira, localizado na cidade de Maceió. Os Centros Especializados em Reabilitação visam

⁹ “Sem atendimento adequado, autistas são amarrados a camas em Alagoas” (reportagem de Michelle Farias, 2014). Disponível em: <http://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2014/10/sem-atendimento-adequado-autistas-sao-amarrados-camas-em-alagoas.html>

¹⁰ Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/caps/>

garantir o desenvolvimento de habilidades funcionais de pessoas com deficiência, porém nem todos possuem tratamento específico para o autismo. Outro fato que chama a atenção, é que apenas três estabelecimentos são de natureza pública (Quadro 6). A Pestalozzi realiza o tratamento de pessoas com deficiência intelectual, autismo ou síndrome de Down. A APAE, em 2014, inaugurou o Centro Unificado de Integração e Desenvolvimento do Autista (CUIDA) na cidade de Maceió. Atualmente, ambas associações procuram criar centros que ofereçam serviços de saúde mental visando posteriormente o reconhecimento e credenciamento junto ao SUS como centro de reabilitação, além de convênios com o estado e município para criação de Centros Especializados em Reabilitação. A instituição filantrópica ASSISTA inaugurou em 2013 seu centro ambulatorial direcionado ao atendimento de portadores do autismo. O estado ainda conta com o Trate Autismo na cidade de Arapiraca, centro de atendimento multidisciplinar especializado a crianças portadoras de autismo.

Quadro 6 - Distribuição de CER em Alagoas

Município	Ano	Estabelecimento	Natureza	Tipo	Modalidade
Maceió	2013	UNCISAL – Universidade de Ciência da Saúde de Alagoas	Pública	CER III	Física, Auditiva e Intelectual
Maceió	2013	Associação de Amigos e Pais de Pessoas Especiais - AAPPE	Filantrópica	CER III	Auditiva, Física e Intelectual
Maceió	2013	Associação Pestalozzi de Maceió	Filantrópica	CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual
Maceió	2013	PAM Salgadinho	Pública	CER III	Auditiva, Física e Intelectual
Maceió	2013	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Maceió - APAE	Filantrópica	CER II	Física e Intelectual
Maceió	2013	Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas - ADEFAL	Filantrópica	CER III	Auditiva, Física e Intelectual
Arapiraca	2013	Associação Pestalozzi de Arapiraca	Filantrópica	CER II	Física e Intelectual
Arapiraca	2014	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de Arapiraca	Filantrópica	CER II	Física e Intelectual
Arapiraca	2013	CEMFRA	Pública	CER II	Física e Intelectual
Santana do Ipanema	2016	AAPPE - Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais	Filantrópica	CER II	Auditiva e Intelectual
Arapiraca	2016	Complexo Multidisciplinar de Equoterapia Tarcizo Freire	Filantrópica	CER II	Física e Intelectual
Arapiraca	–	ADFIMA- Associação dos deficientes Físicos e Mentais de Arapiraca	Filantrópica	CER III	Física, Intelectual e Visual
Penedo	–	ACRESC- Associação Comum de Reabilitação e Equoterapia Santa Clara	Filantrópica	CER II	Física e Intelectual

Fonte: Supervisão de Cuidados à Pessoa com Deficiência (SUPED), Alagoas, 2017.

Em Maceió, duas instituições são afiliadas a ABRA, são elas: AMA-AL e ASSISTA. Em outubro de 2013, com realização da AMA-AL e apoio da ABRA, a cidade de Maceió recebeu a 9ª edição do Congresso Brasileiro de Autismo¹¹, principal evento do tipo no Brasil, criado com o objetivo de disseminar informações acerca de temas relacionados ao autismo, bem como fomentar a discussão sobre inclusão, políticas públicas e vivências autísticas (XIMENES, 2013). A Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) oferece de forma gratuita terapias de integração sensorial no centro de reabilitação da instituição. A professora Maja Kraguljac desenvolve no Centro Universitário CESMAC o projeto Focinhos Terapeutas com crianças autistas da AMA-AL. Percebe-se que existe uma preocupação, principalmente da sociedade civil, em ampliar a rede de apoio ao autismo em Alagoas, mas a situação ainda é bastante difícil, principalmente em cidades do interior do estado.

A seguir será apresentada a instituição estudo de caso dessa pesquisa. Para garantir a privacidade da mesma, sua razão social e o nome fantasia foram substituídos por nova identificação: Centro Tetris. O nome Tetris refere-se ao jogo de origem russa criado pelo matemático Alexey Pajintov. Como o jogo consiste em encaixar tetraminós, resolveu-se fazer uma analogia com as características e dificuldades do transtorno e a um ambiente feito para neurotípicos.

4.2 Centro Tetris

A – Caracterização

O Centro Tetris é um centro especializado no tratamento e diagnóstico de crianças autistas. O projeto nasceu da necessidade de defender o direito do usuário do SUS, já que havia a demanda de crianças com autismo, mas não existiam condições adequadas de atendimentos exclusivos às mesmas na cidade de Arapiraca. Idealizado por profissionais que já lidavam com este tema, o espaço foi construído com a ajuda da Prefeitura juntamente com empresários locais. Desde sua inauguração, passou por ampliações e reformas, sendo que a primeira ampliação contou com a orientação profissional, as demais adaptações foram por iniciativa e supervisão da diretoria, equipe profissional e pais.

Segundo informações levantadas com a diretoria, o espaço procurou contemplar diretrizes da PNH desde seu projeto até a sua realização, onde são tratados conceitos como o de clínica ampliada e compartilhada, para que não haja a negação de algum enfoque e possibilite a pluralidade de ações, e o encontro quinzenal de mães e pais. Há esforço maior com os pais,

¹¹ Disponível em: <http://www.autismo.org.br/site/abra/historia-e-atuacao.html>

pois na maioria dos casos o encargo de acompanhar a criança em tratamentos é realizado pela mãe. Assim, mães e pais representam um papel importante na instituição, além da participação de rodas de conversa e outros eventos, procuram realizar rifas para compras de equipamentos e manutenção dos mesmos, sendo comum os próprios pais se disporem a fazer pequenas manutenções na instituição.

B – Localização

O Tetris (delimitado na cor laranja) pertence ao Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (delimitado na cor azul), formado por edifícios voltados para a saúde pública, dessa forma, a instituição se encontra quase escondido em meio a estes edifícios e estacionamento. O estacionamento atende todos esses edifícios (Figura 9).

Figura 9 - Localização Tetris.



Fonte: autora, 2018.

A instituição fica aproximadamente 2,5 quilômetros de distância do centro da cidade. A localização é relativamente de fácil acesso, se beneficia das linhas de ônibus ofertadas que passam pela rua da instituição.

O entorno do Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual é composto por terrenos vazios pertencentes ao poder público e privado, residências unifamiliares, uma pequena igreja e um mercadinho. Está localizado em rua sem grande fluxo de carros, o que é um ponto favorável para estabelecimentos que atendem o público infantil.

C – Usuários

Faz parte da equipe profissional da instituição 15 funcionários sendo: 01 psicóloga, 03 terapeutas ocupacionais, 02 assistente sociais, 02 fonoaudiólogas, 01 psicopedagoga, 01 fisioterapeuta, 01 neuropediatra, 01 assistente administrativo, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 diretora que é enfermeira. Ocasionalmente o espaço recebe estudantes para estágio superior supervisionado nestas áreas.

São atendidas crianças de 0 a 12 anos, divididos em dois turnos: matutino e vespertino, não havendo atendimento noturno. O espaço funciona de segunda a sexta-feira, das oito às cinco horas da tarde, o espaço realiza por mês o atendimento de 56 crianças, possuindo uma fila de espera de aproximadamente 40 crianças. A instituição espera por contratação de mais profissionais a fim de atender um número maior de crianças.

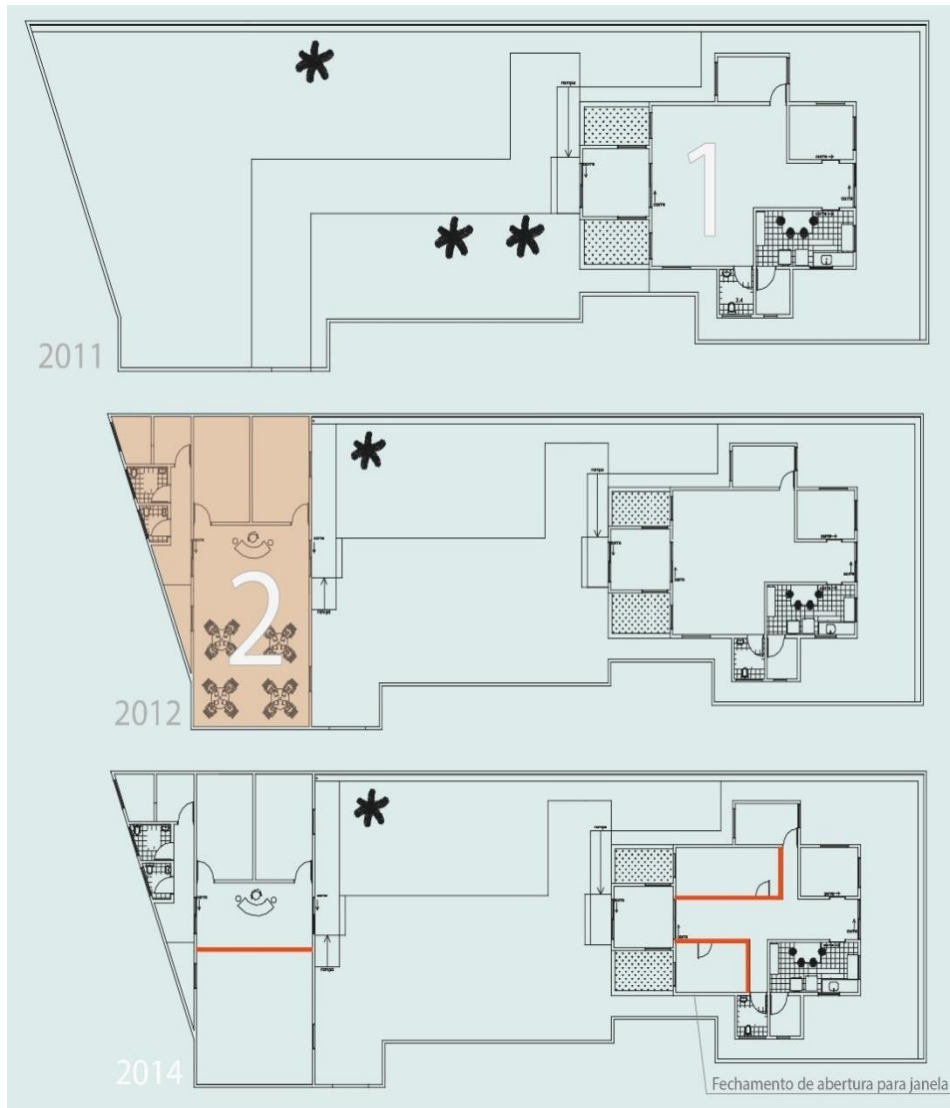
Duas vezes por mês, mães e pais de crianças assistidas pela clínica se reúnem, estas reuniões têm como objetivo guiar e auxiliar os pais a dar continuidade ao projeto terapêutico em casa, além de proporcionar troca de experiências e progressos.

D – Espaço físico

Dois prédios distintos compõe o centro de tratamento Tetris (ver Figura 13), um de frente ao outro, o terreno total tem aproximadamente 609m² e 229m² de área construída. Inicialmente só existia um edifício que funcionava como anexo ao Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual, mas se encontrava em desuso quando foi doado pela prefeitura às idealizadoras do projeto, dando início as adequações no espaço (Figura 10). O edifício encontrava-se bastante deteriorado, sendo realizada uma reforma para atender as novas condições de tratamento. As técnicas construtivas são simples, no primeiro edifício foi adotado o sistema construtivo convencional.

O segundo edifício tem como estrutura um galpão pré-fabricado de concreto com vedação em alvenaria, foi inaugurado no dia 20 de dezembro de 2012, um ano após a inauguração do primeiro, e este foi construído para atender à necessidade de ampliar o número de atendimentos. A idealização desse edifício foi a única modificação realizada que contou com um profissional de arquitetura.

Figura 10 - Reformas e ampliações.



Fonte: autora, 2018.

Em 2014, uma reforma possibilitou o atendimento de mais 20 crianças, através da criação de 03 salas, sendo 02 no edifício mais antigo e 01 no edifício mais novo (sala de integração sensorial). Para sistema de fixação de equipamentos suspensos nesta última sala foram colocadas transversalmente duas vigas metálicas, encerrando a última reforma no centro (Figura 11).

Figura 11 - Vigas metálicas para fixação de equipamentos.



Fonte: autora, 2018.

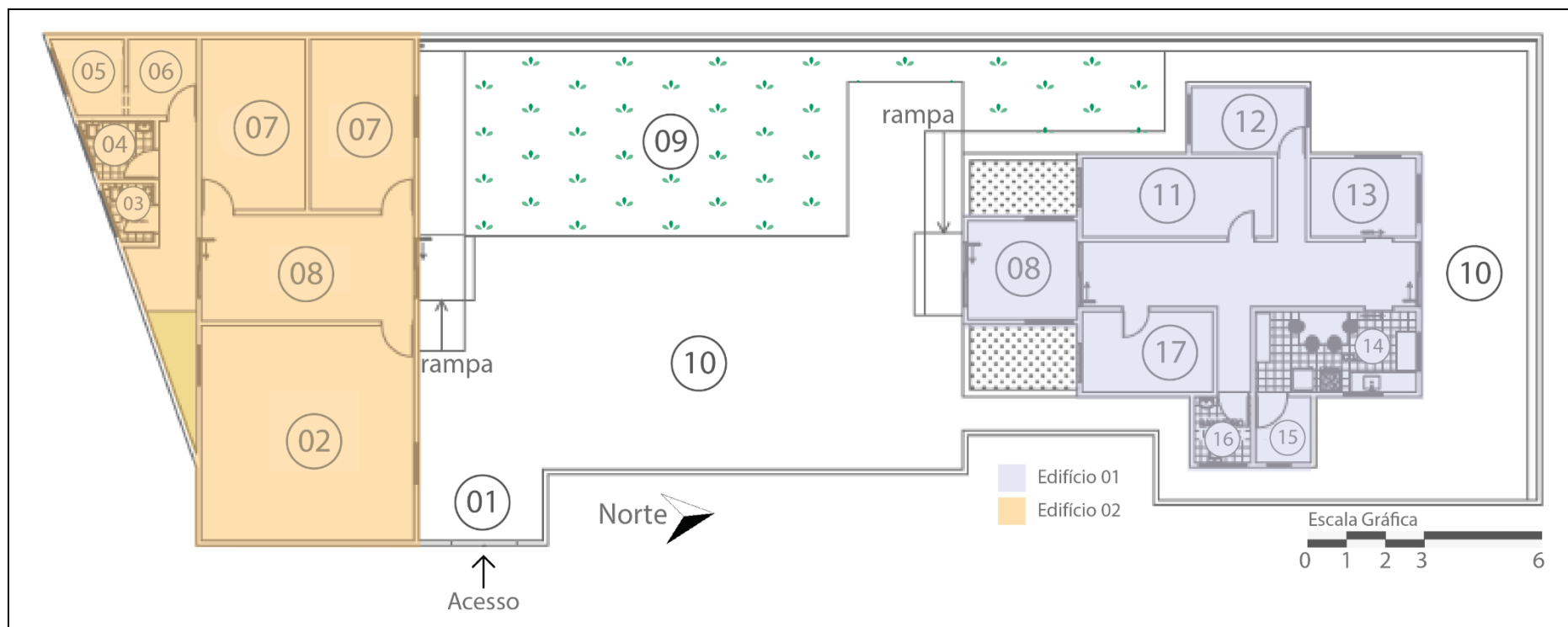
Entre os dois edifícios há uma área impermeável e um playground em área permeável, mas pouca vegetação e ausência de árvores. As fachadas são retangulares com predominância da cor azul, tal cor foi escolhida por representar o autismo já que a maioria dos casos ocorrem no sexo masculino. Como pode ser observado na figura a seguir, não houve mudanças nas fachadas desde a inauguração, mas necessita de manutenção, principalmente referente a identificação do centro (Figura 12).

Figura 12 - Instituição ao longo dos anos.



Fonte: autora, 2018.

Figura 13 – Croqui da instituição



Legenda

01	Acesso	07	Sala de atendimento terapêutico individual	13	Sala de atendimento social/administração
02	Sala de integração sensorial	08	Recepção	14	Cozinha
03	Banheiro masculino	09	Playground	15	Depósito
04	Banheiro feminino	10	Área externa de convivência	16	Banheiro unissex
05	Almoxarifado	11	Sala de terapia ocupacional	17	Sala de fonoaudiologia
06	Sala de apoio a profissionais	12	Sala de avaliação/neuropediatra		

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

5 PRINCIPAIS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais dados obtidos ao executar os procedimentos metodológicos descritos anteriormente. As atividades descritivas foram complementadas pelas informações obtidas com diário de campo. Os quadros de informações usados na coleta de informações pelo procedimento walkthrough (ver Apêndice E), os principais aspectos serão apresentados e discutidos a seguir.

5.1 O espaço físico

5.1.1 Aspectos gerais

Escondido entre dois edifícios voltados para a saúde, o acesso ao Tetrís (Figura 14) se dá através do final do estacionamento do Centro de Reabilitação Física e Intelectual. Em horários de pico, o estacionamento fica completamente cheio, dificultando ainda mais a visualização do acesso à instituição. Localizar o espaço pela primeira vez, dentro desse complexo de edifícios voltados à saúde, pode ser confuso, pois o edifício não possui um marco visual que o identifique entre os demais.

Figura 14 - Acesso ao Centro Tetrís.



Fonte: autora, 2018.

O primeiro contato com a instituição se dá através de um portão de ferro vazado que deve sempre permanecer fechado para evitar que as crianças saiam.

Ao entrar na instituição vemos a área externa que parte é pavimentada e outra permeável onde fica o parquinho. Dois edifícios, um de frente ao outro, compõe a instituição. O segundo edifício a ser construído, está localizado mais próximo à entrada, nele funciona a recepção, sala de integração sensorial, 2 salas de atendimento terapêutico individual, 2 banheiros (um unissex e outro para funcionários) e um pequeno almoxarifado. Nesse edifício ocorre maior movimentação e atendimento. O estabelecimento inicia o atendimento às 8h da manhã às 11h com pausa para almoço e retorna 13:20 até às 17h.

Os pais ou responsáveis chegam para atendimento com aproximadamente 15 minutos de antecedência. Para esperar o atendimento eles têm basicamente 3 opções: permanecer na recepção (poucos conseguem esperar o atendimento sentados nas cadeiras da recepção), permanecer na área externa da instituição (maioria das vezes) ou esperar no sofá do edifício número 01. Ao ficar na área externa, a criança permanece no parquinho ou caminha/corre pela área aberta. As mães dividem sua atenção entre aguardar o atendimento e vigiar o filho. A falta de permeabilidade visual da recepção, onde o contato com exterior se dá somente através da porta, impossibilita os responsáveis aguardarem atendimento sentados, pois vigiam as crianças para que não saiam da instituição pelo portão de ferro.

A instituição trabalha com horário agendado, para evitar que a recepção fique com uma quantidade maior de pessoas, mas é comum, principalmente às segundas feiras, nos depararmos com uma quantidade maior de pais e crianças que a recepção suporta. Pois muitos têm que esperar o transporte da prefeitura de sua cidade ir buscá-los. Este cenário causa desconforto porque gera consideravelmente mais barulho.

No edifício mais antigo o fluxo de pacientes e seus familiares é menor, pois geralmente quando há salas desocupadas no edifício 02 as profissionais preferem realizar o atendimento nele. Assim o edifício 01 tem maior uso pelo setor administrativo e uso da cozinha pelos funcionários. Percebe-se que as várias reformas realizadas não conseguiram garantir condições naturais de conforto, além de corredores estreitos e subdimensionamento das salas.

5.1.2 Funcionalidade e algumas observações

Na instituição existe um problema que prejudica um zoneamento funcional: a segregação dos dois edifícios em quase 17 metros. Como os edifícios são segregados, sem um

elo que os torne uma unidade, duas recepções foram criadas, porém o recepcionamento só ocorre no edifício 02. No outro, a recepção ficou sem muito uso, raramente usada por pais que aguardam atendimento. A priori, a distância de 17 metros parece pouca, mas é evidenciada em dias de chuva pela ausência de caminho coberto, ou quando uma criança tem atendimento nos dois edifícios no mesmo dia, dificultando o trabalho dos profissionais. Para acesso ao edifício mais próximo à entrada há uma rampa, é possível observar rachaduras e descolamento do cimento (Figura 15).

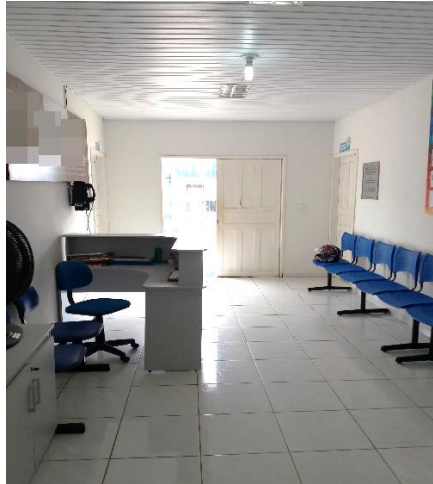
Figura 15 - Rampa de acesso à recepção.



Fonte: autora, 2018.

A localização da recepção com maior uso é fácil e intuitiva. A mesma possui mesa e cadeira para recepcionista e 10 cadeiras de plástico para pacientes e acompanhantes. Ao final da recepção, há uma porta de correr em madeira que dá acesso aos banheiros (funcionários e demais usuários) e almoxarifado. O espaço é bem iluminado em dias de céu limpo. A entrada de luz natural se dá pelas portas da recepção, já que não possui janelas (na imagem a lâmpada foi ligada por um paciente). O forro é em PVC branco, as paredes da recepção são claras, mas há uma poluição visual causada por dois murais: à direita, com os patrocinadores e à esquerda com os empresários que ajudaram na construção do edifício (Figura 17). Há um aparelho de refrigeração e televisão, mas ambos estão quebrados, por isso uso do ventilador.

Figura 16 - Acesso à recepção.



Fonte: autora, 2018.

A dimensão da recepção é razoavelmente pequena se considerarmos que algumas crianças deitam no chão, brincam no chão ou ficam parados em pé perto da mesa da recepcionista. Acontece também de algumas crianças se debaterem em cadeiras, mesas e paredes. Na recepção é possível escutar os pacientes sendo atendidos nas salas de terapia individual, também é possível escutar o rangido das correntes dos brinquedos suspensos da sala de integração sensorial.

Figura 17 - Recepção 01.



Fonte: autora, 2018.

Como pode ser observado nas imagens acima, esteticamente não se caracteriza como ambiente infantil, também não há mobiliário infantil ou espaço para crianças brincarem na recepção. A maioria delas fica inquieta nas cadeiras, preferindo ficar em pé ou caminhando pelo espaço. Algumas brincam no chão com seus brinquedos e isto dificulta o fluxo, principalmente em dias com maior número de atendimentos. Como referência a porta de acesso à recepção, do lado esquerdo está a porta de entrada da sala de integração sensorial e à direita as duas salas de atendimento individual.

Figura 18 - Crianças brincando no chão da recepção.



Fonte: autora, 2018.

As duas salas de atendimento terapêutico individual são semelhantes entre si, sendo usadas por psicóloga, fonoaudiólogas e psicopedagoga. O branco está presente nas paredes, piso, forro, mobiliário e esquadrias de madeira (uma porta e uma janela) (Figura 19). Conta com pouco mobiliário: um pequeno armário com portas, uma mesa e duas cadeiras de plástico, que somado a dimensão da sala e materiais reflexivos, como o piso cerâmico e forro de PVC, aumentando a reverberação do som.

Figura 19 - Sala de terapia individual.



Fonte: autora, 2018.

A maior sala da instituição, integração sensorial, é usada prioritariamente pela terapeuta ocupacional, mas também pode ser usada por fisioterapeuta, fonoaudióloga e psicóloga, em alguma terapia multiprofissional. Nessa sala, as crianças geralmente são atendidas individualmente, mas pode ocorrer de duas a quatro crianças realizarem a terapia em grupo (socialização) e por mais de um profissional.

Por ser a maior sala do Centro Tetrís, a sala de integração sensorial é usada para as reuniões com pais e profissionais, dia de maior movimentação de pessoas na instituição. Não há mobiliário para sentarem, sendo o chão usado pelos pais. A sala representa o lugar que as crianças entram e permanecem com menor resistência e mais disposição. Para entrar na sala deve-se retirar os calçados e entrar descalço na mesma, assim as crianças deixam seus sapatos na recepção, ao lado da porta ou abaixo das cadeiras.

Ao entrar na sala, vê-se um ambiente amplo com diversos equipamentos. Duas vigas metálicas, que foram implantadas após a primeira reforma do edifício 01, são usadas para a sustentação de diversos equipamentos suspensos. Os equipamentos dessa sala são lúdicos e bastante coloridos, a criança tem liberdade para andar entre os equipamentos, pois a sala não tem nenhuma barreira fixa que restrinja o acesso. Existe equipamentos fixos e móveis, permitindo que o profissional modifique a disposição de equipamentos. A sala possui refrigeração artificial realizada por 03 splits. As paredes são brancas com alguns cartazes coloridos pontuais, o forro é de PVC branco, a iluminação fria e a refrigeração da sala faz com que o piso cerâmico permaneça gelado, assim é recomendado que se use meias na sala. Uma mesa e uma cadeira também faz parte do mobiliário da sala, possibilitando o uso de materiais lúdicos cognitivos.

Figura 20 - Sala de integração sensorial.



Fonte: autora, 2018.

Em todos esses ambientes, citados até aqui, observou-se que as janelas permanecem fechadas durante o horário de funcionamento, pelo uso de refrigeração artificial. A impressão é que o ar não circula/renovado nesses ambientes. Diferentemente do edifício mais antigo, este não possui esquadrias de vidro, somente em madeira com acabamento em pintura branca.

A recepção do edifício mais antigo permanece vazia porque o recepcionamento se concentra no edifício mais próximo à entrada. Quase todas portas e janelas do edifício mais antigo são de vidro e isto gera sérios problemas. Na imagem abaixo é possível observar um cartaz fixado na abertura que ficou após o vidro da porta de entrada da recepção 01 ser quebrado por uma criança em crise. Um agravante é que os vidros utilizados são do tipo cristal que quando quebra deixa pedaços cortantes e pontiagudos. Esta não é a primeira vez que acontece acidentes envolvendo crianças e esquadrias de vidro na instituição.

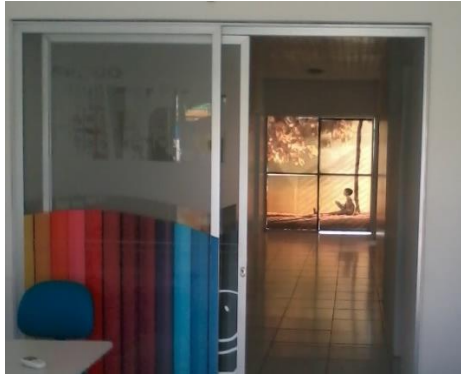
Figura 21 - Recepção do edifício mais antigo.



Fonte: autora, 2018.

A recepção 01 segue o mesmo padrão de cores da instituição: azul e branco. Possui sofá, cadeiras de espera, mesa e cadeira para recepcionista. Também possui placa com os logotipos dos patrocinadores que ajudaram na construção da instituição. O ambiente possui duas janelas que permanecem sempre fechadas. Todas as janelas de vidro da instituição têm adesivo leitoso com temas infantis. Uma porta de correr de vidro, com adesivo da identidade visual da instituição, isola a recepção do atendimento e setor administrativo, ao atravessar a porta vê-se um corredor simples e direto, sem mobiliário ou objetos. Ao final desse corredor vê-se outra porta de correr de vidro, dessa vez, com adesivo de um menino sentado debaixo de uma árvore de tronco fino. Como o adesivo é uma foto quase em escala real causa certo estranhamento quando a porta se encontra totalmente fechada (Figura 22).

Figura 22 - Portas de vidros com adesivos.



Fonte: autora, 2018.

Devido às reformas, sem supervisão profissional, de subdivisão do espaço para criação de salas de atendimento, percebe-se a existência de problemas de circulação. A subdivisão do espaço criou dois corredores longos (Figura 23), se comparado com as dimensões das salas, estreitos e escuros, que dão acesso a sala do neuropediatra (representado pela seta e moldura na cor verde) e ao banheiro (seta azul), ambos em desacordo com a norma de acessibilidade.

Figura 23 - Circulação Edifício 01.



Fonte: autora, 2018.

Em contrapartida, o corredor principal ficou superdimensionado em relação ao fluxo e dimensão dos ambientes da instituição. Pode ser observado que como não houve o uso de rodapé nessa edificação (somente nas salas), as pequenas batidas que as paredes sofreram (equipamentos de limpeza, uso da água) danificou o acabamento da mesma.

A falta de um profissional especializado na reforma do espaço também ocasionou problemas de conforto, além de janelas e portas mal locadas resultando em perda de área útil de alguns ambientes. A exemplo da sala de fonoaudiologia (Figura 24), onde a localização da

porta, quase na metade do comprimento da parede, impossibilita diferentes disposições do mobiliário. A sala de fonoaudiologia é a que mais apresenta problemas devido à falta de manutenção da instituição, como mofo e deslocamento do reboco provocado por umidade. Como a janela de vidro é de fácil, a mesma já foi quebrada durante atendimento.

Figura 24 - Sala de fonoaudiologia.



Fonte: autora, 2018.

Um dos ambientes de atendimento mais crítico em relação ao subdimensionamento é a sala de fisioterapia (Figura 25). A sala possui apenas três equipamentos: pula-pula, tablado baixo e carteira como suporte para atividades de motricidade fina. A sala é bastante estreita para os equipamentos que comporta, onde a profissional só tem acesso ao pula-pula pela frente do mesmo, dificultando até mesmo a interação com o paciente.

Figura 25 - Sala de fisioterapia.



Fonte: autora, 2018.

Ao final do corredor, última sala do lado esquerdo, fica a sala administrativa da instituição (Figura 26). A sala, que no primeiro ano de funcionamento do centro abrigava um quarto infantil para desenvolvimento de atividades de rotina diária, também é usada nos

atendimentos aos pelas assistentes sociais. Todos os documentos da instituição, incluindo arquivo dos pacientes são guardados em armários e gavetas nessa sala.

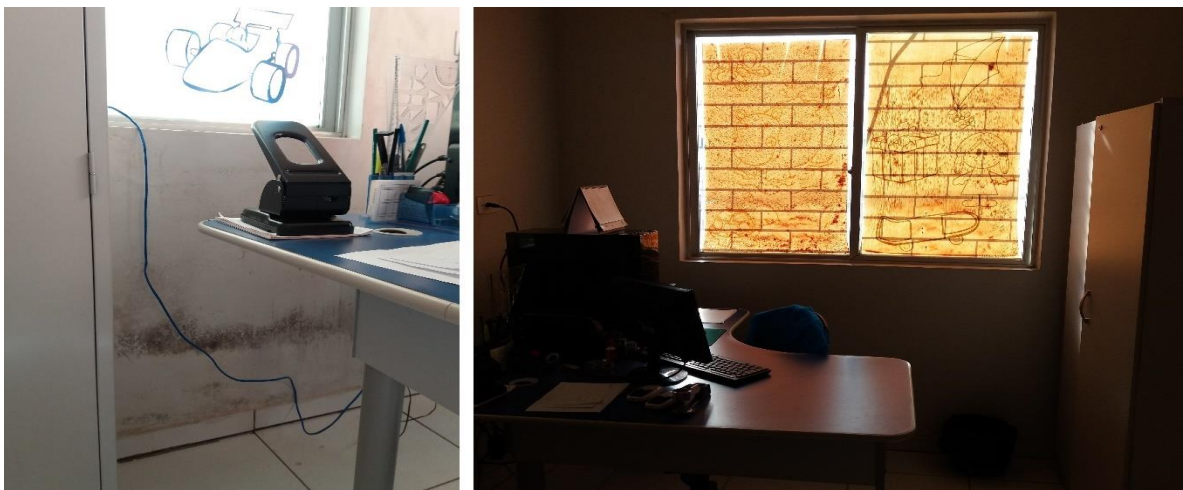
Figura 26 - Sala de administração.



Fonte: autora, 2018.

A sala apresenta problemas relativos ao conforto térmico, é muito quente no período da tarde, a janela de vidro tem essa coloração alaranjada (Figura 27) devido à ferrugem da grade de ferro que durante a chuva escorreu pelo vidro e manchou o adesivo do mesmo. A sala ainda apresenta problemas de infiltração (ver Figura 27).

Figura 27 - Problemas na sala de administração.



Fonte: autora, 2018.

De frente à sala da administração está localizada a cozinha. Na entrada é possível ver um aviso impresso em folha de papel A4 indicando que a cozinha deve ser usada somente pelos

funcionários, porém devido ao cruzamento de fluxos (administração e atendimento) é comum alguns pais e crianças entrarem.

Figura 28 - Cozinha.



Fonte: autora, 2018.

A cozinha que, dentro de uma clínica para crianças autistas, pode ser usada para desenvolvimento de atividades que simulem o dia-a-dia, hoje também é usada para reuniões e descanso da equipe profissional (Figura 28). A instituição não dispõe de espaço para descanso da equipe profissional, sendo os de uso comum usados pela equipe. A cozinha oferece riscos às crianças por seus equipamentos e materiais de limpeza expostos e as profissionais não tem um controle mais efetivo da cozinha por esta não possuir fechadura.

O edifício mais antigo possui um banheiro, mas este estava interditado com vazamento no período da pesquisa. O edifício 02 possui dois banheiros, um para uso exclusivo de funcionários e outro para pacientes e acompanhantes. Ambos não possuem espelhos como medida de segurança para as crianças. Os banheiros são totalmente revestidos com cerâmica, possuem apenas bacia sanitária e pia (Figura 29). A geometria do banheiro não favoreceu a disposição dos equipamentos. Apesar de sua dimensão permitir a entrada e giro da cadeira de rodas, o mesmo não possui barras de apoio, altura da pia para pessoas em cadeiras de rodas. A bacia sanitária foi instalada muito próxima ao ângulo da parede, dificultando seu uso.

Figura 29 - Banheiro.



Fonte: autora, 2018.

A área externa não dispõe de área coberta, sendo necessário em confraternizações a instituição solicitar a prefeitura tenda de lona, tanto para dias de chuva, como para amenizar a insolação (Figura 30). Durante o período da pesquisa foi observado que muitas crianças ainda não completaram o processo de desfralde, porém inexistente espaço para troca de fraldas das crianças (fraldário).

Figura 30 - Área externa.



Fonte: autora, 2018.

Faz parte da área externa da instituição um pequeno parquinho (Figura 31). Um dos equipamentos, a gangorra, se encontra quebrada no chão, o restante desgastado necessitando de manutenção (parafusos soltos, roscas salientes, etc.). Não há vegetação que proporcione sombra na área externa, sendo incômodo permanecer pelo horário da tarde neste espaço. Percebe-se que a maioria das crianças não aguardam atendimento na recepção, preferindo a área externa, mas a mesma não possui bancos, mesas ou brinquedos para sociabilização. A taxa de

permeabilização é de apenas 15%, ou seja, abaixo do recomendado pelo município que é de 20%, de acordo com o código de obras.

Figura 31 - Parquinho.



Fonte: autora, 2018.

5.1.3 Condições de conforto

Verificou-se problemas de conforto térmico na instituição, grande parte ocasionado por problemas de projeto e reformas, como a implantação inadequada das edificações. A posição inadequada quanto à insolação das salas de terapia e ambientes como cozinha e o banheiro do edifício mais antigo orientados a leste, direção predominante do vento no município, leva o mau cheiro do banheiro para o interior da edificação.

Quanto a ventilação, existe muitas janelas onde não há a entrada de vento por conta da orientação incorreta das mesmas. Existência de cômodos posicionados incorretamente impedem a melhor ventilação de outras salas.

De modo geral, os ambientes do edifício mais antigo são bem iluminados por conta das esquadrias de vidro, porém este tipo de material contribui para o ganho térmico na instituição. No edifício 02 a iluminação natural é insuficiente, porque apesar da quantidade de esquadrias serem adequadas, estas permanecem fechadas durante o atendimento, priorizando o uso de refrigeração artificial.

Figura 32 - Incidência de sol na área externa.



Fonte: autora, 2018.

A insolação excessiva na área externa da instituição (Figura 32) no período da tarde limita seu uso em dias de temperaturas mais altas.

5.1.4 Ruídos

O barulho proveniente da rua é quase imperceptível devido à distância dos edifícios em relação à rua. Como a instituição está localizada em uma rua pouco movimentada e inserida em área com outros estabelecimentos de saúde percebe-se uma diminuição dos ruídos. Por outro lado, dentro da instituição o ruído provocado pelas pessoas interfere no funcionamento. Na recepção principal é possível escutar os ruídos produzidos no atendimento, como a fala das profissionais (que muitas vezes precisa ser alta e bem articulada), choro de crianças (que incomoda bastante outras crianças), fala do paciente, gritos e barulhos de móveis sendo arrastados. Também é possível escutar o ruído provocado pelo uso dos equipamentos da sala de integração sensorial. Dentro dessas salas de atendimento é possível escutar as vozes das famílias, choros e gritos das crianças na recepção.

No edifício mais antigo, o uso de divisórias finas (drywall) nas salas de fonoaudiologia, fisioterapia e sala administrativa/assistência social, agrava a propagação do som. Em ambientes que necessitam de maior privacidade, como exemplo a sala de atendimento pela assistente social, ocorre do som produzido na sala se propagar pelo corredor principal. Muitas vezes, para realizar reuniões, as profissionais fecham a porta de acesso ao corredor, porém ainda é possível escutar as conversas na recepção 01.

5.1.5 Segurança

A segurança contra incêndio é precária, pois não há extintores na instituição. Existe uma grande preocupação com a segurança contra roubos, indicada pelas grades de ferro em todas as janelas e portas de vidros. As grades se encontram enferrujadas e com descasque de pintura (Figura 33).

Figura 33 - Acesso à área posterior da edificação 01.



Fonte: autora, 2018.

Muitas crianças com autismo não possuem noção de perigo e isto demanda muito cuidado por parte da família, fazendo da segurança um item essencial. Entre o edifício mais antigo e o muro há um estreito corredor com acesso livre à parte posterior da instituição, próximo à parede do banheiro está a caixa de inspeção do esgoto (Figura 34), se encontra aberta pois a tampa está quebrada. A trama de ferro que apoiava a tampa está solta e enferrujada.

Figura 34 - Caixa de esgoto.



Fonte: autora, 2018.

Os muros da instituição possuem 1,80 metros de altura, podendo ser observado o deslocamento de reboco e pintura devido a umidade, além de mofo e sujeira. Um ponto bastante crítico observado é que, como o nível do edifício 02 é superior ao restante da

instituição, o piso da rampa se prolonga até o muro faz com que as crianças tenham acesso à cerca elétrica (Figura 35). Segundo dados da OMS¹², 1,25 metros é a altura aproximada de uma criança de 8 anos, se levarmos em consideração que a criança pode esticar o braço para alcançar a cerca, crianças menores também podem se acidentar gravemente.

Figura 35 - Cerca elétrica.



Fonte: autora, 2018.

Outro ponto bastante crítico se refere à qualidade dos brinquedos do parquinho (Figura 36), além de porcas e roscas frouxas, pode ser visto madeiras quebradas, pontiagudas e com filetas.

Figura 36 - Brinquedo com madeira quebrada.



Fonte: autora, 2018.

¹² Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento

5.1.6 Aspectos estéticos

No interior do edifício, as cores predominantes são o branco, presente em paredes, teto e piso, e o azul escuro para o mobiliário. Com exceção dos desenhos adesivados nas esquadrias do edifício mais antigo, o centro não parece ser um ambiente de uso infantil, seja pelo uso das cores e ausência de mobiliário mais lúdico. As salas de atendimento são bastante parecidas, os planos parede, teto e piso são na cor branca, que remete a um ambiente hospitalar.

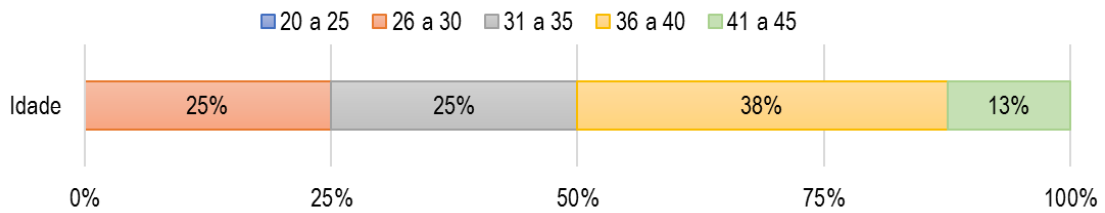
Anteriormente, as fachadas possuíam identificação com logo e cores da instituição. No edifício mais antigo o logotipo da instituição, impresso em material de banner, perdeu o colorido com o sol. A fachada da edificação mais antiga apresenta jogo de volumes simples, em cor azul escuro, mas a pintura está desbotada pela ação do tempo. Na edificação construída posteriormente, a fachada, também em azul escuro, não tem jogo de volumes, pintados de azul mais claro, dois pilares fazem a marcação da porta de acesso à recepção. Com a ação de sol, vento e chuva, a lona da fachada com impressão da identidade visual da instituição ressecou e rasgou, permanecendo apenas a estrutura de ferro.

As salas possuem placas de identificação, mas se encontram em altura que impossibilita a leitura pelas crianças (1,80m em relação ao piso), em alguns casos, a identificação localiza-se acima da porta.

5.2 Análise da entrevista com profissionais

As entrevistas foram realizadas com profissionais que atendem crianças e famílias autistas há pelo menos 01 ano na instituição. Profissionais em recesso, foram comunicados da pesquisa e convidados a participar, porém não houve retorno. Ao todo foram entrevistados 9 profissionais.

Inicialmente, buscou-se caracterizar o corpo técnico do centro terapêutico. O Tetrís é quase na sua totalidade feminino, há apenas um profissional do sexo masculino (neuropediatra, atende uma vez ao mês). A faixa etária corresponde de 36 a 40 anos (Gráfico 1) e a maioria (55%) trabalha há mais de 02 anos na instituição, todos profissionais trabalham nos dois horários.

Gráfico 1- Idade dos entrevistados.

Fonte: autora, 2018.

Por meio das entrevistas com os profissionais foi possível entender a dinâmica da instituição. Os pacientes tem um número de terapias semanais agendadas (que pode variar em cada caso e disponibilidade), cada atendimento dura aproximadamente 30 minutos. Após o atendimento o profissional orienta o responsável presente (para esta etapa é estipulado 5 minutos que geralmente é ultrapassado) e repassa aquilo que foi trabalhado no dia. É importante dizer que todo “feedback” é repassado aos pais dentro da sala de atendimento, porque isto demanda cuidado e privacidade.

Antes de atender o próximo paciente, o profissional faz a evolução do prontuário da criança, para esta etapa destina-se 5 minutos. Como os atendimentos são por hora marcada, as famílias geralmente chegam 15 minutos antes do horário do atendimento, esta é uma estratégia que a equipe encontrou para evitar a concentração de muitas pessoas na recepção. O atendimento pode ser individual ou ocorrer de forma integrada com outro paciente, terapeuta ou ambos, porém o primeiro caso é o mais usual.

Existe um consenso entre os profissionais que crianças com autismo possuem uma sensibilidade maior ou diferenciada em relação ao ambiente. A maioria citou as distrações no ambiente como um aspecto que dificulta o tratamento da criança. Ambientes com excesso de estímulos como cores, sons, objetos e pessoas, afeta o comportamento e humor dos pacientes, muitos podem perder o foco da atividade proposta pela profissional, não alcançando o objetivo. Especialmente a iluminação foi citada, pois muitas crianças apresentam certa sensibilidade a ambientes muito iluminados. Como pode ser observado na fala de uma entrevistada abaixo, a quantidade de estimulação pode afetar fisicamente a criança:

[...]Com certeza, algumas crianças ficam mais agitadas, apresentando alguns comportamentos autoagressivos e heteroagressivos, além de tontura, enjôos, etc. (Entrevistada 06)

Mas não somente os estímulos sensoriais do ambiente provocam tais reações, crianças que sentem necessidade de se movimentar, andar podem ficar estressadas com o pouco espaço do ambiente.

A próxima pergunta buscou listar quais aspectos do ambiente mais distraem as crianças na realização de atividades. As respostas foram diversas: estante com muitos brinquedos, materiais desnecessários na mesa, paredes com excessos de desenhos. Também foi citado, o barulho provocado por pessoas, ruídos de equipamentos, odores, objetos que giram (ventiladores), disposição do mobiliário e até mesmo a sujeira das paredes.

Foi pedido para que os profissionais descrevessem recomendações relativas ao ambiente, levando em consideração estas diferentes necessidades dos pequenos pacientes. Inicialmente, aspectos relativos à segurança dessas crianças, como: evitar esquadrias de vidro (algumas crianças podem confundir o vidro com uma passagem) e mobiliário pontiagudo. Uma profissional citou que em momentos de surtos a criança pode vir a quebrar vidros. Ambientes com pouca informação, que possa existir regulação da iluminação, cores claras, amplo e paredes com nenhuma ou poucas figuras foram bastante citados, a esta característica das salas de atendimento, as profissionais do espaço denominam de salas neutras. Uma boa acústica também é essencial.

Entre os ambientes mais pedidos está a sala de reuniões, sala de planejamento de atividades e repouso para os profissionais, brinquedoteca e estar para as famílias. As profissionais do espaço não consideram a sala de integração sensorial adequada para a reunião quinzenal com os pais, pois falta conforto. O mesmo ocorre com a recepção, pois muitas famílias vêm de outros municípios e as crianças chegam cansadas, o ideal seria um local em que pudessem descansar antes das terapias. Dois entrevistados consideram que a instituição necessita de áreas com vegetação, foi citada a possibilidade de um jardim sensorial com diferentes texturas, aromas e cores. Um item bastante solicitado foi a de um banheiro com chuveiro, pois não é incomum algumas crianças cuspirem, vomitarem, que acaba sujando os profissionais. A equipe sente muita necessidade de um espaço que possam descansar, planejar as atividades e conversar sobre os pacientes, já que se trata de um atendimento multiprofissional, para este ambiente a privacidade é primordial. Anteriormente, a equipe fazia uso de uma pequena sala do almoxarifado para se reunir e guardar seus pertences, devido ao tamanho, atualmente, é apenas utilizada para guardar brinquedos e materiais didáticos. Outro problema era a proximidade com a recepção, os profissionais tinham receio de que as famílias pudessem escutar as pautas desses encontros. Assim, a cozinha foi eleita como ponto de

encontro e descanso da equipe, as reuniões sobre qual abordagem adotar com a família acontecem em alguma sala que esteja desocupada.

As salas de terapias, seguido de recepção principal, banheiro e cozinha são os ambientes mais utilizados, de acordo com os entrevistados. Foi citado que às segundas-feiras, dia de maior número de atendimentos, falta sala para atendimentos individualizados. Os ambientes menos utilizados são o almoxarifado, por conta do tamanho e cheiro de mofo, a sala de fisioterapia, também pelo tamanho inadequado.

Recomendam que o mobiliário seja ergonomicamente de acordo com as crianças, seguros, design simples e que possibilitem diferentes arranjos e usos. O material a ser usado nas terapias deve ser guardado fora da visão das crianças, para que as mesmas não se distraiam, assim, a equipe sente falta de armários fechados com chaves. Uma profissional citou que seria bastante positivo o uso de mobiliário semelhante ao da casa para atividades de vida diária.

Os profissionais acreditam que as cores utilizadas estão adequadas, pois são claras com pouca estimulação visual. Avaliam positivamente os materiais utilizados no piso, parede e teto, fazendo um adendo para que as paredes deveriam receber pintura lavável e que algumas salas necessitam de piso emborrachado.

Grande parte dos funcionários não está satisfeito com fluxos e caminhos da edificação, pois além do espaço ser pequeno para a demanda local, a divisão entre os dois edifícios dificulta a dinâmica na rotina da instituição, principalmente, em períodos de chuvas, onde a edificação 02 é mais utilizada, já que eles não podem atravessar as crianças para o outro edifício.

A localização em relação à cidade é vista positivamente, mas em relação ao entorno tem avaliação negativa, uma vez que o espaço se encontra escondido entre outros edifícios voltados para a saúde. Outro aspecto que diminui a satisfação dos funcionários é a ausência de placa com identificação que indique a localização da instituição dentro do Centro de Reabilitação.

A maioria dos funcionários consideram a instituição um ambiente acolhedor pelo aspecto de família que carrega, onde mães e pais se sentem bem-vindos. Aqueles que responderam “não”, acreditam que a falta de um espaço de convivência que favoreça a espera do atendimento, favoreça negativamente para o sentimento de acolhimento. Uma profissional citou que o ambiente tranquilo, organizado e como não há barulho externo (rua) torna o ambiente mais acolhedor. O acolhimento emocional oferecido pela equipe técnica, segundo os profissionais, contribui na concepção de um ambiente acolhedor.

De imediato, a equipe restauraria a fachada da instituição, com placa de identificação e pintura, criaria um ambiente de lazer para as famílias enquanto aguardam o atendimento,

interligação entre as duas edificações que constituem a instituição e sala para descanso dos profissionais. A manutenção foi um item comumente citado. Apenas um profissional acredita que a instituição está adequada, apenas necessitando de manutenção.

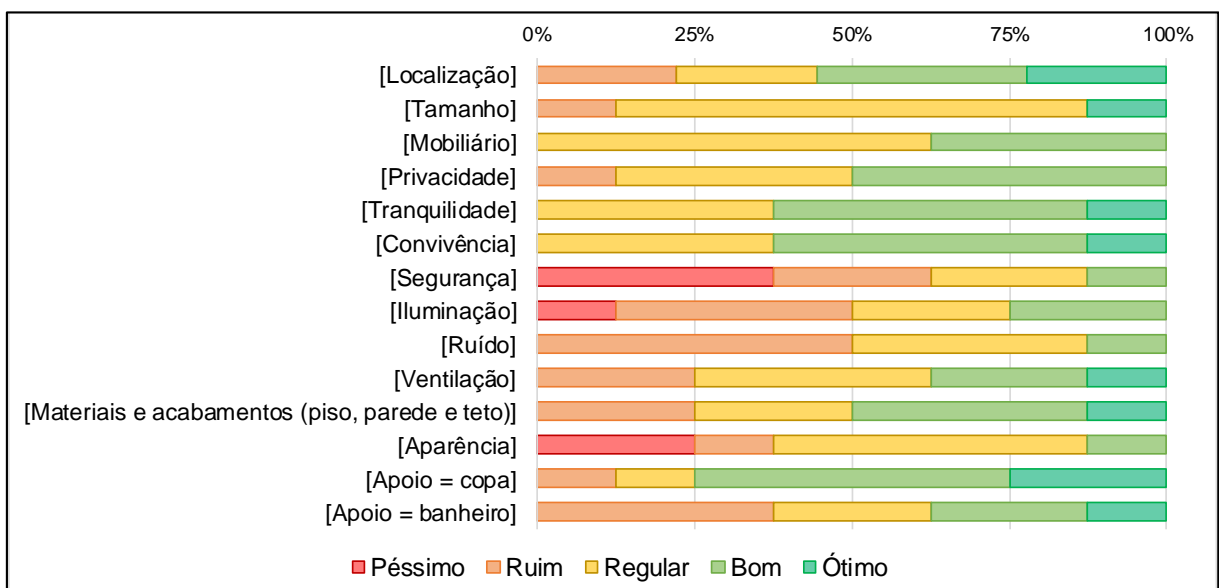
Por fim, foi solicitado que os profissionais indicassem como avaliavam o espaço de maneira geral da instituição. Os pontos mais críticos foram a segurança, seguido de ruído, iluminação e banheiro. Os itens melhores avaliados foram privacidade, tranquilidade, convivência e copa, que no caso da instituição é a cozinha.

Tabela 1- Avaliação da instituição pelos profissionais.

Item	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
[Localização]	0%	25%	25%	38%	25%
[Tamanho]	0%	13%	75%	0%	13%
[Mobiliário]	0%	0%	63%	38%	0%
[Privacidade]	0%	13%	38%	50%	0%
[Tranquilidade]	0%	0%	38%	50%	13%
[Convivência]	0%	0%	38%	50%	13%
[Segurança]	38%	25%	25%	13%	0%
[Iluminação]	13%	38%	25%	25%	0%
[Ruído]	0%	50%	38%	13%	0%
[Ventilação]	0%	25%	38%	25%	13%
[Materiais e acabamentos (piso, parede e teto)]	0%	25%	25%	38%	13%
[Aparência]	25%	13%	50%	13%	0%
[Apoio = copa]	0%	13%	13%	50%	25%
[Apoio = banheiro]	0%	38%	25%	25%	13%

Fonte: autora, 2018.

Gráfico 2 - Avaliação da instituição pelos profissionais.



Fonte: autora, 2018.

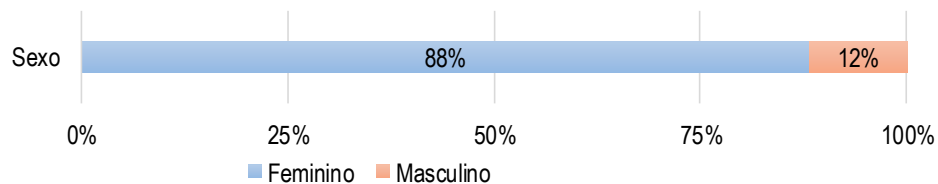
5.3 Análise dos questionários com pais e responsáveis

Foram distribuídos 30 questionários que abordam a opinião e satisfação sobre a qualidade espacial da instituição de pais ou responsáveis de crianças atendidas pela instituição com diagnóstico fechado em TEA, além de indicação de melhorias e percepção dos pais acerca as preferências do filho em relação aos espaços físicos do seu dia-a-dia. Como critério de inclusão na pesquisa, o participante deveria frequentar a instituição há pelo menos 1 ano. Foram excluídos participantes que não responderam integralmente o questionário.

O questionário era respondido pelo participante no momento em que a criança entrava na sala para atendimento, mas muitos participantes não conseguiam se concentrar na recepção quando o filho não estava calmo no atendimento (é possível escutar parcialmente o que ocorre dentro das salas de atendimento) ou preocupados com outras questões pessoais. Dessa forma, o participante podia levar o questionário para casa e entregar à instituição no próximo atendimento, fato que prolongou essa etapa da pesquisa. Assim, dos 30 questionários aplicados: 03 respondentes frequentavam a instituição a menos de 1 ano, 04 pessoas não o responderam totalmente e 06 questionários não foram devolvidos, totalizando 17 questionários usados para análise.

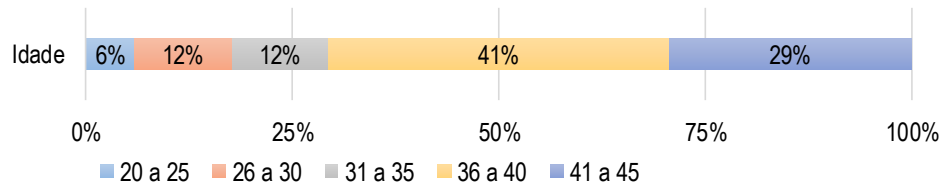
A primeira parte do questionário consistia na caracterização do respondente, como sexo, idade, escolaridade e tipo de transporte usado para ir até a instituição. Composto predominantemente por mães, totalizando 88%, os pais ainda são minoria no acompanhamento e participação do atendimento dos filhos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Sexo dos respondentes.

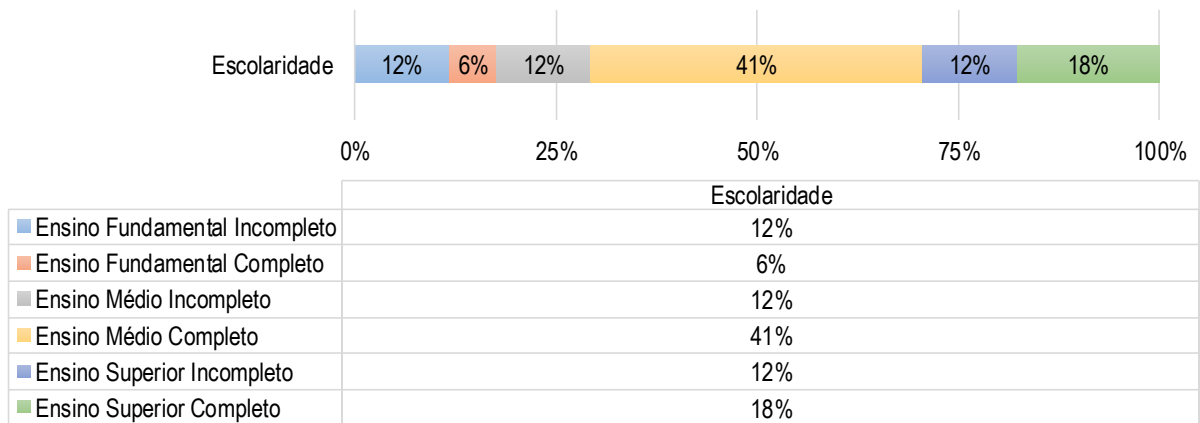


Fonte: autora, 2018.

A maioria dos participantes têm faixa etária de 36 a 40 anos e ensino médio incompleto, (Gráfico 4 e Gráfico 5).

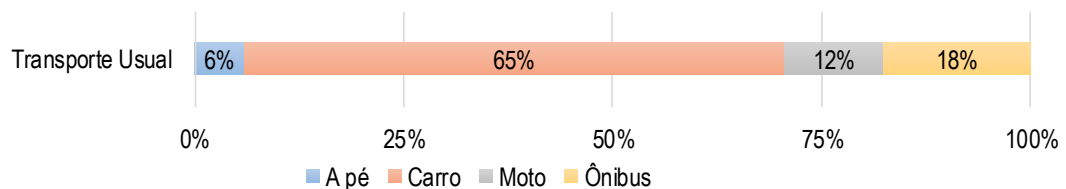
Gráfico 4 - Idade dos respondentes.

Fonte: autora, 2018.

Gráfico 5 - Escolaridade dos respondentes.

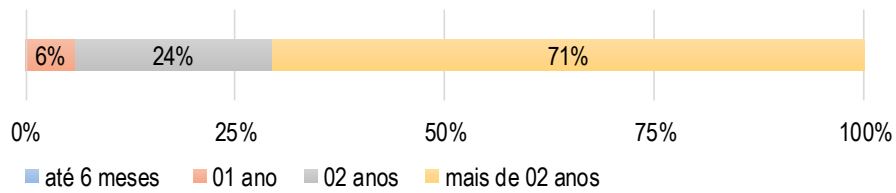
Fonte: autora, 2018.

O meio de transporte mais utilizado para se chegar à instituição foi o carro com 64%, seguido de ônibus e moto com 18% e 12% respectivamente (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Transporte mais usual.

Fonte: autora, 2018.

71% dos respondentes frequentam a instituição a mais de 2 anos, 24% há 2 anos e 6% há 1 ano (Gráfico 7). 59% frequentam o espaço semanalmente 2 vezes e o restante (41%) uma vez por semana. Quando perguntados se frequentavam as reuniões e outras atividades desenvolvidas pela instituição, apenas 1 respondente não frequentava por morar em outra cidade (6%).

Gráfico 7 - Tempo que frequenta a instituição.

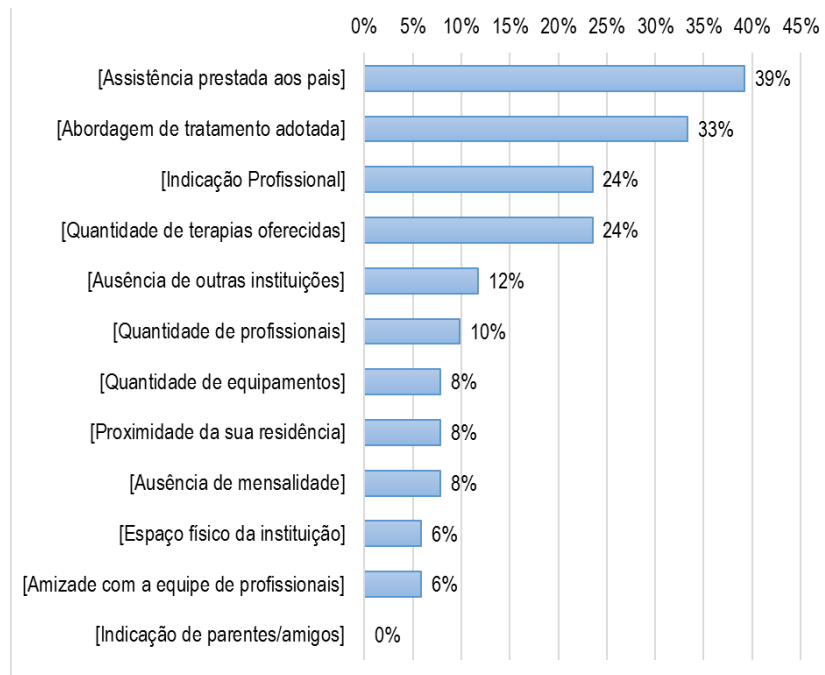
Fonte: autora, 2018.

Antes de adentrar em questões avaliativas do espaço físico, foi solicitado ao respondente que enumerasse em ordem de importância os três principais aspectos ao optar pela instituição. O objetivo de tal pergunta era observar se o respondente possuía algum vínculo afetivo ou sentimento de gratidão que o levasse a amenizar a avaliação do espaço físico da instituição. Como pode ser observado na Tabela 2, a assistência prestada aos pais foi citada mais vezes e nas primeiras posições, fato que a deixou mais saliente em relação aos demais. Tal fato pode ser explicado, pois ao entrar na lista de espera da instituição pais e mães são assistidos pelos profissionais do espaço, dessa forma, antes mesmo da criança receber atendimento seus pais já participam das reuniões quinzenais, recebem informações sobre o transtorno, como lidar em algumas situações e apoio emocional, devido a vulnerabilidade e estresse que estes pais se encontram. Essa assistência perdura durante todo o tratamento da criança e é vista de forma muito positiva e agradecida pelos pais. Em contrapartida, a amizade com a equipe de profissionais aparece nas últimas posições, dividindo com o item “espaço físico da instituição”. Muitos pais explicaram que não conheciam o espaço e a equipe profissional antes de entender a condição dos filhos.

Tabela 2 - Principais aspectos considerados ao optar pela instituição.

Aspectos	Frequência	Média	Saliência
[Assistência prestada aos pais]	12,00	2,33	0,39
[Abordagem de tratamento adotada]	7,00	1,57	0,33
[Indicação Profissional]	4,00	1,00	0,24
[Quantidade de terapias oferecidas]	5,00	1,60	0,24
[Ausência de outras instituições]	2,00	1,00	0,12
[Quantidade de profissionais]	2,00	1,50	0,10
[Quantidade de equipamentos]	2,00	2,00	0,08
[Proximidade da sua residência]	2,00	2,00	0,08
[Ausência de mensalidade]	2,00	2,00	0,08
[Espaço físico da instituição]	2,00	2,50	0,06
[Amizade com a equipe de profissionais]	3,00	3,00	0,06
[Indicação de parentes/amigos]	-	-	-

Fonte: autora, 2018.

Gráfico 8 - Principais aspectos considerados ao optar pela instituição.

Fonte: autora, 2018.

A primeira pergunta aberta do questionário “Cite três aspectos positivos do ambiente”, buscava compreender a percepção dos usuários em relação a qualidade do ambiente construído. Houve uma grande diversidade de respostas nesta questão, enquanto alguns citavam como o próprio ambiente (sala de integração sensorial, sala de psicologia) como um aspecto positivo, outros enxergavam na possibilidade um aspecto positivo, por exemplo, o respondente número 12 considera que a área externa da instituição pode vir a se tornar outras salas. Cores claras, salas neutras e climatizadas foram itens bastante citados (Figura 37).

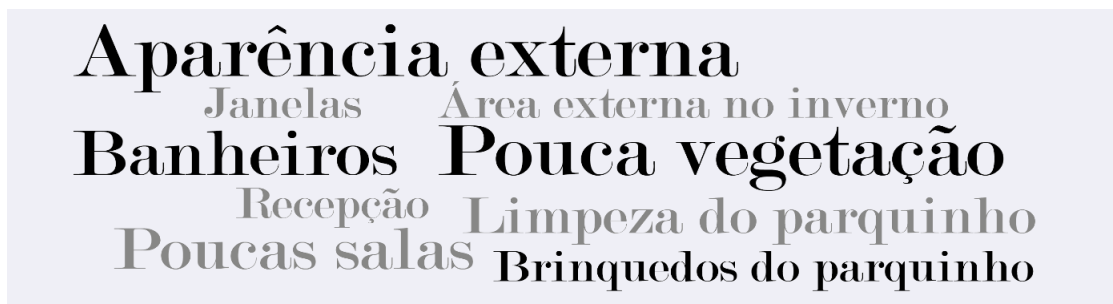
Figura 37 - Nuvem de palavras de aspectos positivos segundo pais e responsáveis.

Fonte: autora, 2018.

A próxima pergunta consistia na mesma ideia da anterior, mas os participantes deveriam citar três aspectos negativos. Nesta questão os participantes chegaram a um consenso maior. O aspecto mais citado foi a falta de manutenção da instituição que reflete na aparência da fachada e baixa qualidade dos brinquedos em madeira do parquinho. Quanto aos ambientes, as críticas se concentraram especialmente em 02 ambientes: recepção e área externa. De acordo com os respondentes, a recepção deveria ser mais confortável para os pais, mais atrativa às crianças e separada das salas de atendimento, a fim de se evitar o barulho tanto provocado por quem está na recepção quanto por aqueles que estão em atendimento. Ausência de espaço com brinquedos para serem utilizados pelas crianças enquanto esperam ser atendidas também foi lembrado.

Quanto à área externa foi citada a falta de arborização, limpeza, falta de segurança nos equipamentos do parquinho e consideram o espaço pequeno. A ausência de proteção contra chuva ligando os dois blocos da instituição também foi bastante lembrado, já que os questionários foram aplicados no inverno. O fato do banheiro ser unissex e não possuir chuveiro foi apontado como uma deficiência do espaço, muitas dessas crianças ainda não usam plenamente o banheiro, já que o desfralde de crianças autistas pode demandar mais tempo. Episódios de enjoos também são frequentes. A quantidade dos banheiros também foi uma queixa, apesar da instituição possuir 03 banheiros, 01 é de uso exclusivo dos funcionários, 01 para os demais usuários e 01 se encontra interditado, a manutenção desses banheiros resolveria o problema (Figura 38).

Figura 38 – Nuvem de palavras de aspectos negativos segundo pais e responsáveis.



Fonte: autora, 2018.

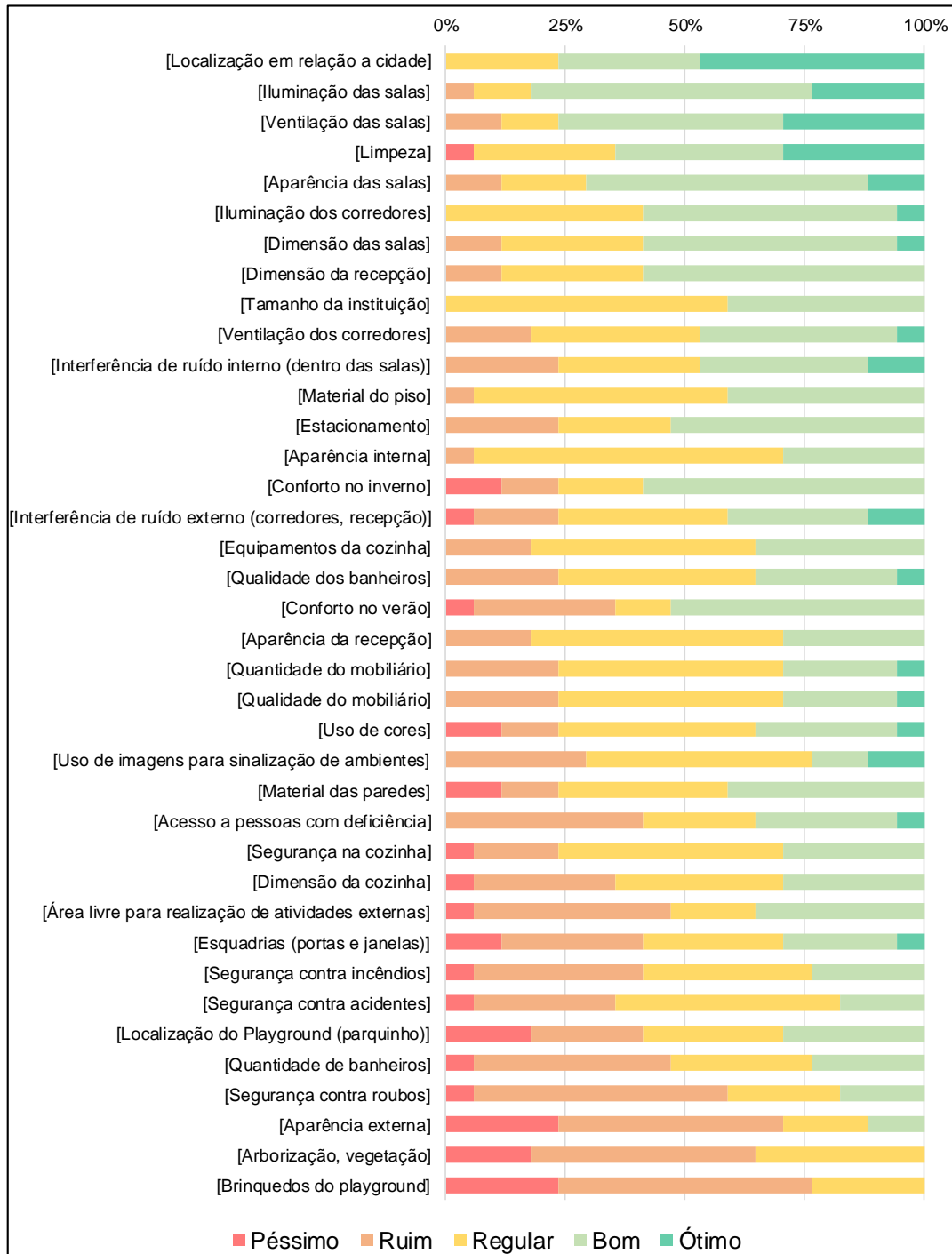
Como pode ser visto na Tabela 3, apenas item “localização em relação a cidade” recebeu a avaliação ótima 47%, pois apesar do espaço não estar situado no centro da cidade é servido de linhas de ônibus, localizado relativamente próximo ao centro e dispõe de pontos de referência conhecidos na cidade que facilitam sua identificação. Com piores avaliações estão os itens segurança contra roubos, brinquedos do parquinho, aparência externa e arborização (Gráfico 9).

Tabela 3- Avaliação da instituição pelos pais.

Aspectos	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
[Localização em relação a cidade]	0%	0%	24%	29%	47%
[Tamanho da instituição]	0%	0%	59%	41%	0%
[Estacionamento]	0%	24%	24%	53%	0%
[Segurança contra roubos]	6%	53%	24%	18%	0%
[Segurança contra incêndios]	6%	35%	35%	24%	0%
[Segurança contra acidentes]	6%	29%	47%	18%	0%
[Aparência externa]	24%	47%	18%	12%	0%
[Aparência interna]	0%	6%	65%	29%	0%
[Uso de cores]	12%	12%	41%	29%	6%
[Uso de imagens para sinalização de ambientes]	0%	29%	47%	12%	12%
[Limpeza]	6%	0%	29%	35%	29%
[Conforto no verão]	6%	29%	12%	53%	0%
[Conforto no inverno]	12%	12%	18%	59%	0%
[Iluminação dos corredores]	0%	0%	41%	53%	6%
[Iluminação das salas]	0%	6%	12%	59%	24%
[Ventilação dos corredores]	0%	18%	35%	41%	6%
[Ventilação das salas]	0%	12%	12%	47%	29%
[Interferência de ruído interno (dentro das salas)]	0%	24%	29%	35%	12%
[Interferência de ruído externo (corredores, recepção)]	6%	18%	35%	29%	12%
[Acesso a pessoas com deficiência]	0%	41%	24%	29%	6%
[Localização do Playground (parquinho)]	18%	24%	29%	29%	0%
[Brinquedos do playground]	24%	53%	24%	0%	0%
[Área livre para realização de atividades externas]	6%	41%	18%	35%	0%
[Arborização, vegetação]	18%	47%	35%	0%	0%
[Dimensão da recepção]	0%	12%	29%	59%	0%
[Aparência da recepção]	0%	18%	53%	29%	0%
[Dimensão das salas]	0%	12%	29%	53%	6%
[Aparência das salas]	0%	12%	18%	59%	12%
[Quantidade do mobiliário]	0%	24%	47%	24%	6%
[Qualidade do mobiliário]	0%	24%	47%	24%	6%
[Dimensão da cozinha]	6%	29%	35%	29%	0%
[Equipamentos da cozinha]	0%	18%	47%	35%	0%
[Segurança na cozinha]	6%	18%	47%	29%	0%
[Material das paredes]	12%	12%	35%	41%	0%
[Material do piso]	0%	6%	53%	41%	0%
[Esquadrias (portas e janelas)]	12%	29%	29%	24%	6%
[Quantidade de banheiros]	6%	41%	29%	24%	0%
[Qualidade dos banheiros]	0%	24%	41%	29%	6%

Fonte: autora, 2018.

Gráfico 9 - Avaliação da instituição pelos pais.



Fonte: autora, 2018.

O cálculo da incerteza foi realizado para identificar o consenso entre as respostas dos Pais e Responsáveis para o questionário de Avaliação da Instituição. Quanto menor a incerteza, maior é o consenso entre os respondentes, independente se esse consenso é para uma resposta positiva, neutra ou negativa. Portanto, quanto menor for o valor da incerteza, mais confiável é o resultado da avaliação quanto à representação da realidade.

Conseqüentemente, quanto maior o valor da Incerteza, mais dividida é a opinião dos respondentes em relação ao Aspecto avaliado no questionário e menos confiável é o resultado, visto que a alteração da quantidade de respondentes na amostra pode alterar o resultado da avaliação do item. Aspectos com alto valor de incerteza também podem não ser confiáveis para representar a realidade avaliada em casos que a divisão de opiniões esteja relacionada com aspectos subjetivos dos respondentes, como gênero, idade, escolaridade e etc.

A Tabela 4 apresenta o resultado do cálculo da Incerteza, onde foram agrupadas as respostas “Bom” e “Ótimo” como respostas positivas, Regular como resposta neutra e “Ruim” e “Péssimo” como resposta negativa. Aspectos cuja incerteza é menor que 53%, são aqueles que mais de 50% dos respondentes tiveram a mesma opinião durante a avaliação e são considerados Aspectos de Baixa Incerteza. Aspectos cuja incerteza é maior que 53% são aqueles em que os respondentes tiveram opinião mais dividida, resultando em respostas distribuídas entre as notas da avaliação e são considerados Aspectos de Alta Incerteza.

Tabela 4 – Avaliação da Instituição – Medida de Incerteza

It	Aspectos	Conceitos			Incerteza
		Péssimo; Ruim	Regular	Bom; Ótimo	
1	[Iluminação das salas]	5,9%	11,8%	82,4%	11,4%
2	[Ventilação das salas]	11,8%	11,8%	76,5%	15,1%
3	[Localização em relação a cidade]	0,0%	23,5%	76,5%	19,6%
4	[Brinquedos do playground]	76,5%	23,5%	0,0%	19,6%
5	[Aparência externa]	70,6%	17,6%	11,8%	22,1%
6	[Aparência das salas]	11,8%	17,6%	70,6%	22,1%
7	[Aparência interna]	5,9%	64,7%	29,4%	31,5%
8	[Limpeza]	5,9%	29,4%	64,7%	31,5%
9	[Arborização, vegetação]	64,7%	35,3%	0,0%	34,7%
10	[Segurança contra roubos]	58,8%	23,5%	17,6%	36,6%
11	[Conforto no inverno]	23,5%	17,6%	58,8%	36,6%
12	[Dimensão da recepção]	11,8%	29,4%	58,8%	39,1%
13	[Dimensão das salas]	11,8%	29,4%	58,8%	39,1%
14	[Tamanho da instituição]	0,0%	58,8%	41,2%	44,2%
15	[Estacionamento]	23,5%	23,5%	52,9%	44,2%
16	[Iluminação dos corredores]	0,0%	41,2%	58,8%	44,2%
17	[Aparência da recepção]	17,6%	52,9%	29,4%	47,3%
18	[Conforto no verão]	35,3%	11,8%	52,9%	50,5%
19	[Material do piso]	5,9%	52,9%	41,2%	53,0%
20	[Uso de imagens para sinalização de ambientes]	29,4%	47,1%	23,5%	57,4%
21	[Interferência de ruído interno (dentro das salas)]	23,5%	29,4%	47,1%	57,4%
22	[Quantidade do mobiliário]	23,5%	47,1%	29,4%	57,4%
23	[Qualidade do mobiliário]	23,5%	47,1%	29,4%	57,4%
24	[Segurança na cozinha]	23,5%	47,1%	29,4%	57,4%
25	[Quantidade de banheiros]	47,1%	29,4%	23,5%	57,4%

It	Aspectos	Conceitos			Incerteza
		Péssimo; Ruim	Regular	Bom; Ótimo	
26	[Segurança contra acidentes]	35,3%	47,1%	17,6%	61,2%
27	[Ventilação dos corredores]	17,6%	35,3%	47,1%	61,2%
28	[Área livre para realização de atividades externas]	47,1%	17,6%	35,3%	61,2%
29	[Equipamentos da cozinha]	17,6%	47,1%	35,3%	61,2%
30	[Localização do Playground (parquinho)]	41,2%	29,4%	29,4%	71,3%
31	[Esquadrias (portas e janelas)]	41,2%	29,4%	29,4%	71,3%
32	[Segurança contra incêndios]	41,2%	35,3%	23,5%	75,1%
33	[Uso de cores]	23,5%	41,2%	35,3%	75,1%
34	[Interferência de ruído externo (corredores, recepção)]	23,5%	35,3%	41,2%	75,1%
35	[Acesso a pessoas com deficiência]	41,2%	23,5%	35,3%	75,1%
36	[Material das paredes]	23,5%	35,3%	41,2%	75,1%
37	[Qualidade dos banheiros]	23,5%	41,2%	35,3%	75,1%
38	[Dimensão da cozinha]	35,3%	35,3%	29,4%	94,0%

Fonte: autora, 2018.

Entre os Aspectos de Baixa Incerteza, destacam-se a "Iluminação das Salas"; "Conforto das Salas" e "Localização em relação à cidade", em que mais de 75% dos respondentes consideraram Bom ou Ótimo, e os "Brinquedos do Playground", que mais de 75% dos respondentes consideraram Ruim ou Péssimo. Ainda se destacam "Aparência externa" (Péssimo; Ruim); "Aparência das salas" (Bom; Ótimo); "Aparência interna" (Regular); "Limpeza" (Bom; Ótimo); e "Arborização, vegetação" (Péssimo; Ruim).

Entre os Aspectos de Alta Incerteza, destacam-se: "Localização do Playground (parquinho)"; "Esquadrias (portas e janelas)"; "Segurança contra incêndios"; "Uso de cores"; "Interferência de ruído externo (corredores, recepção)"; "Acesso a pessoas com deficiência"; "Material das paredes"; "Qualidade dos banheiros"; "Dimensão da cozinha". Para estes aspectos, a frequência das respostas é equilibrada e nenhuma das alternativas se destaca com relevância sobre as demais.

Com a finalidade de compreender a preferência dos usuários em relação a um ambiente da instituição foi perguntado "Dentre os ambientes da instituição qual você mais gosta?" (Quadro 7). Em seguida foi solicitado que o respondente justificasse sua escolha na tentativa que este informasse, sensações, emoções, identificação e afetividade com o local. A sala de integração sensorial recebeu o maior número de citações, totalizando 07 respondentes. As crianças apresentam menos resistência para entrar na sala, os pais acreditam que seja pelos diversos equipamentos e amplo espaço. Neste ambiente, quinzenalmente, ocorre as reuniões de pais e todos devem retirar os calçados ao entrar no espaço. Retirar os calçados demonstra um cuidado e zelo que os usuários têm com o espaço, além de proporcionar um conforto maior.

Em seguida temos a recepção 01 com 03 citações. A recepção é o espaço de maior permanência dos pais, eles aguardam enquanto o filho recebe atendimento, uma das mães relatou que não se incomoda com o barulho que algumas crianças fazem durante o atendimento, pois acredita que aquele momento é delas e que a equipe trabalha com muito empenho. Outra mãe disse que gosta da recepção porque tem dias que chega desmotivada pensando nas limitações de sua criança e ao ouvir outras histórias semelhantes e até mesmo mais difíceis se sente amparada e determinada com o tratamento.

Quadro 7 - Ambientes preferidos.

Ambiente	Quantidade de citações	Justificativa
Sala de integração sensorial	07	Diversidade de equipamentos, sala ampla e organizada.
Recepção 01	03	Ventilada, confortável, conversas, contato com outros pais e mães com situações diferentes ou semelhantes em relação aos filhos e seu desenvolvimento.
Salas de atendimento terapêutico	03	Tamanho bom, refrigeradas, bem iluminadas, poucos objetos, gosta de escutar o que a profissional tem a dizer a respeito do progresso do filho.
Recepção 02	02	Mais ventilada e arejada que a outra recepção, tem sofá, não tem barulho.
Sala de avaliação profissional	01	Tranquila.

Fonte: autora, 2018.

A próxima questão buscava identificar qual ambiente o filho mais gostava (

), apenas um respondente informou que o filho não demonstrava preferências por nenhum ambiente da instituição. Novamente, a sala de integração sensorial recebeu a maior quantidade de citações. É o ambiente com maior diversidade de equipamentos da instituição, dispõe de bom tamanho e oferece uma liberdade maior à criança, pois, de acordo com uma das terapeutas ocupacional da instituição, ao entrar na sala o paciente escolhe qual equipamento quer usar inicialmente. Muitos pais alegam que o filho precisa de espaço, seja para se balançar, andar, deitar, de acordo com as necessidades do momento.

Quadro 8 - Ambiente que o filho mais gosta.

Ambiente	Quantidade de citações
Sala de integração sensorial	10
Sala de atendimento individual	03
Parquinho	03
Não demonstra preferências	01

Fonte: autora, 2018.

A sala de atendimento individual foi justificada por duas mães como sendo a preferida de seus filhos por conta da profissional que atendia nesta sala no dia de sua terapia. Outra mãe justificou que a simplicidade da sala é melhor para organização do filho. Muitas crianças gostam de ficar no parquinho, a maioria não brinca, mas permanece sentada ou até mesmo deitada na casinha de madeira.

Quando perguntados se sentiam falta de algum ambiente, 03 respondentes acreditam que a instituição não necessite de mais ambientes. Muitos concordam que a instituição necessite de locais onde a criança possa permanecer enquanto não estiver em atendimento, 02 pessoas acreditam que uma brinquedoteca seja o mais adequado, 02 acreditam que um pátio coberto seja ideal e outras 03 citaram a necessidade do espaço, porém não especificaram como seria. Espaço para reuniões foi citado 03 vezes, pois apesar da sala de integração sensorial ser o ambiente preferido de pais e crianças, a mesma não dispõe de mobiliário adulto que proporcione conforto para permanência prolongada. Também foi solicitado mais salas para atendimento.

A próxima pergunta teve como objetivo instigar os participantes a apresentarem soluções para que as ambiências da instituição sejam mais adequadas às crianças. Em primeiro lugar de citações ficou o parquinho, segundo os pais, este deveria ser mais atrativo, com brinquedos seguros e árvores para sombreamento. A recepção também foi bastante citada, mais cores e brinquedos a tornariam mais alegre de acordo com os pais. A desvinculação da recepção das salas de atendimento também foi posta como desejável. Também foi citado espaço externo coberto para eventos e atividades que envolvesse a participação dos familiares e salas especializadas para cada tratamento terapêutico foi outra.

Por fim, foi solicitado que, através da vivência e observação dos pais, estes assinalassem de acordo com a relação do filho com o espaço físico. À primeira vista, causa certa estranheza, pois se trata da percepção dos pais para como os seus filhos interagem com o ambiente, mas foi uma ferramenta respondida com muita facilidade pelos pais, inclusive contando eventos específicos relacionados aos itens. O que acontece também é o fato da criança gostar de

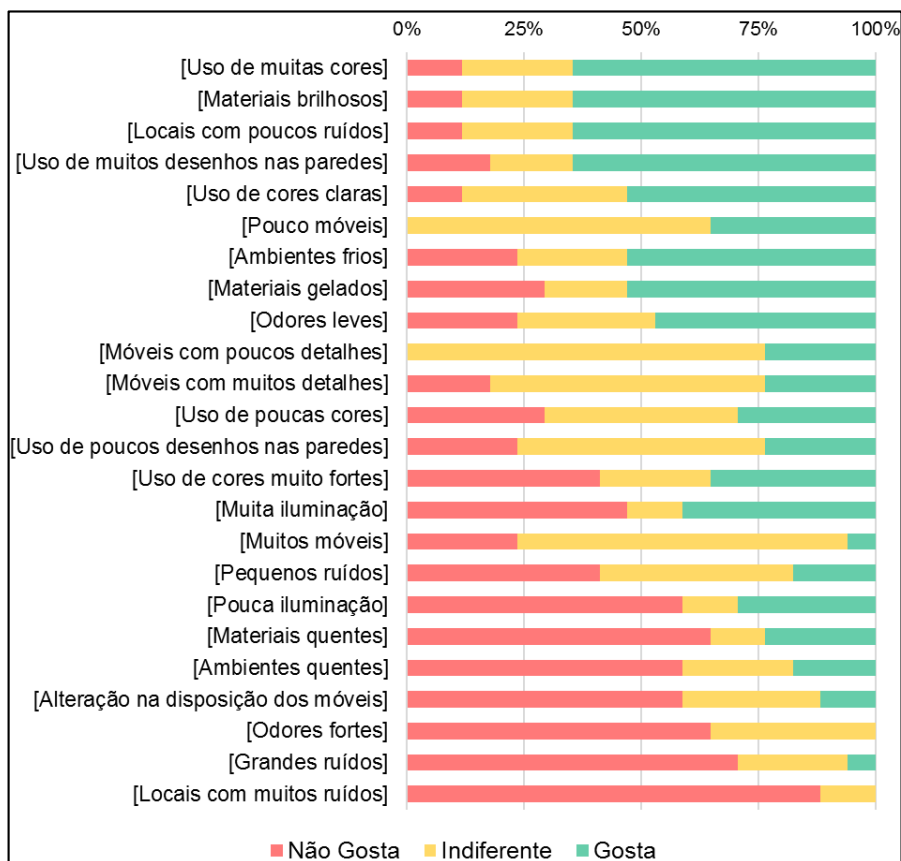
determinado estímulo isolado, mas na presença de algum estímulo que ela não goste a mesma não conseguir se organizar sensorialmente com diferentes fontes de informação.

Tabela 5 - Relação da criança com o espaço físico.

Relação com Espaço Físico	Não gosta	Indiferente	Gosta
[Uso de muitas cores]	12%	24%	65%
[Uso de cores muito fortes]	41%	24%	35%
[Uso de poucas cores]	29%	41%	29%
[Uso de cores claras]	12%	35%	53%
[Uso de muitos desenhos nas paredes]	18%	18%	65%
[Uso de poucos desenhos nas paredes]	24%	53%	24%
[Materiais gelados]	29%	18%	53%
[Materiais quentes]	65%	12%	24%
[Materiais brilhosos]	12%	24%	65%
[Ambientes frios]	24%	24%	53%
[Ambientes quentes]	59%	24%	18%
[Muita iluminação]	47%	12%	41%
[Pouca iluminação]	59%	12%	29%
[Odores leves]	24%	29%	47%
[Odores fortes]	65%	35%	0%
[Pequenos ruídos]	41%	41%	18%
[Grandes ruídos]	71%	24%	6%
[Muitos móveis]	24%	71%	6%
[Poucos móveis]	0%	65%	35%
[Móveis com muitos detalhes]	18%	59%	24%
[Móveis com poucos detalhes]	0%	76%	24%
[Alteração na disposição dos móveis]	59%	29%	12%
[Locais com muitos ruídos]	88%	12%	0%
[Locais com poucos ruídos]	12%	24%	65%

Fonte: autora, 2018.

Gráfico 10 - Relação da criança com o espaço físico.



Fonte: autora, 2018.

Para melhor compreensão dos dados fornecidos pelos pais a respeito de seus filhos, optou-se por realizar uma análise fatorial. Optou-se por uma AF com 7 fatores com cerca de 83% da variabilidade explicada. Observa-se na Tabela 6 que quanto maior o valor da variável, maior é a correlação dentro do fator. O Quadro 9 apresenta os 7 fatores com as variáveis mais correlacionadas a cada um deles, as variáveis em negritos são aquelas que apresentam que a variável contribui negativamente para o fator.

Tabela 6 - Cargas fatoriais para 7 fatores utilizando a rotação Varimax

Variable	Factor Loadings (Varimax raw) (QuestionarioPaisStatistica)						
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
11. [Uso de muitas cores]	0,942987	-0,200546	0,077909	0,042768	0,122306	0,041239	-0,051865
11. [Uso de cores muito fortes]	0,293258	-0,200988	0,400406	-0,531493	0,094470	0,337767	0,024008
11. [Uso de poucas cores]	-0,424752	0,153304	-0,034280	0,317070	-0,039417	-0,292487	0,641311
11. [Uso de cores claras]	0,012125	0,545454	-0,214427	0,557306	0,023370	0,298900	0,164556
11. [Uso de muitos desenhos nas paredes]	0,730334	0,307263	0,207972	-0,281639	0,284116	0,044559	-0,006989
11. [Uso de poucos desenhos nas paredes]	-0,767169	0,011930	0,029838	0,119048	0,012140	-0,354381	0,318132
11. [Materiais gelados]	-0,133786	0,850139	0,166600	-0,027336	-0,052834	-0,099360	0,068457
11. [Materiais quentes]	-0,048815	0,039794	-0,100288	0,035013	-0,123686	-0,189178	0,897447
11. [Materiais brilhosos]	0,898229	-0,022266	0,109132	0,024754	-0,078389	0,290744	-0,025884
11. [Ambientes frios]	0,105512	0,764706	-0,102195	-0,100821	-0,016908	0,167979	0,134126
11. [Ambientes quentes]	-0,602418	-0,235821	0,099922	0,122303	0,383006	0,259524	0,512596
11. [Muita iluminação]	0,401861	0,176954	0,184314	0,130739	0,309844	0,711629	-0,044634
11. [Pouca iluminação]	-0,151571	0,075916	0,079987	0,074542	0,063217	-0,890904	0,191537
11. [Odores leves]	0,120782	0,059672	0,946019	-0,012861	0,178312	-0,057420	-0,004211
11. [Odores fortes]	0,005961	-0,167134	0,011787	-0,630927	-0,432803	0,226490	-0,274699
11. [Pequenos ruídos]	0,075752	-0,424867	0,543304	-0,418852	-0,293418	0,331575	-0,096621
11. [Grandes ruídos]	-0,028431	-0,703960	0,177143	-0,451221	0,168851	0,053931	0,288776
11. [Muitos móveis]	0,127632	-0,094781	0,091059	-0,071427	0,937989	0,037844	-0,126038
11. [Pouco móveis]	-0,018311	0,233530	0,506579	0,131943	-0,217352	0,483844	0,541320
11. [Móveis com muitos detalhes]	0,724365	0,000953	0,212681	0,045090	0,314771	-0,059208	0,043391
11. [Móveis com poucos detalhes]	-0,487073	0,513809	0,140999	0,183566	-0,502617	-0,015307	0,242072
11. [Alteração na disposição dos móveis]	0,105650	0,196261	0,169019	-0,659557	0,199296	-0,025242	-0,475426
11. [Locais com muitos ruídos]	0,004867	-0,038239	-0,183546	-0,861156	0,104101	-0,079686	0,000910
11. [Locais com poucos ruídos]	0,403407	-0,238277	0,602435	0,099304	-0,093750	0,043879	-0,372137
Expl. Var	4,636989	3,030310	2,345075	2,861266	2,049899	2,359772	2,575187
Prp.Totl	0,193208	0,126263	0,097711	0,119219	0,085412	0,098324	0,107299

Fonte: autora, 2018.

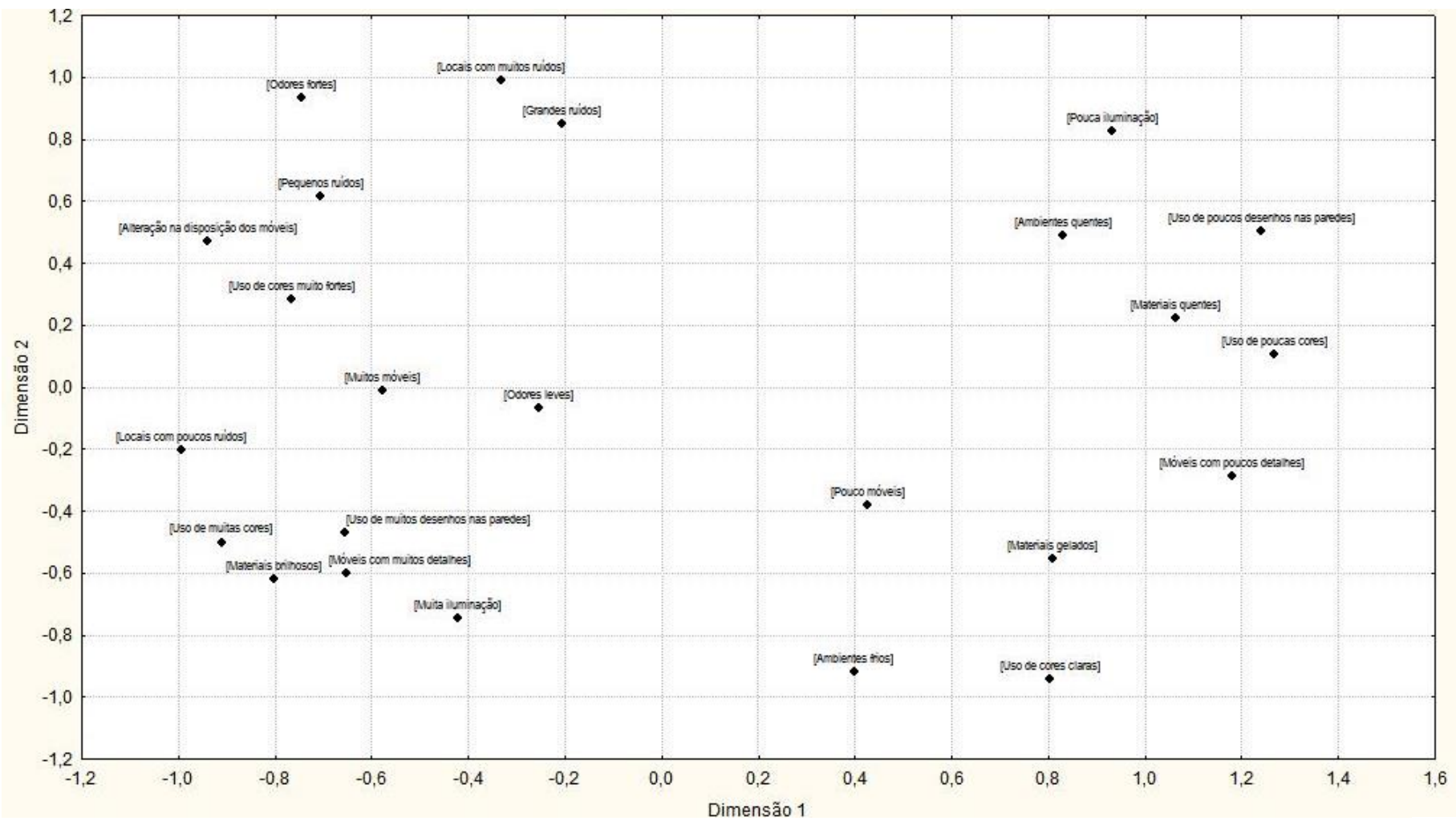
Quadro 9 - Interpretação dos fatores.

Fator	Variável	Interpretação
1	Uso de muitas cores; Uso de muitos desenhos nas paredes Uso de poucos desenhos nas paredes Materiais brilhosos Materiais quentes Móveis com muitos detalhes	Ambiente de alta estimulação visual
2	Uso de cores claras Ambientes frios Materiais gelados Grandes ruídos Móveis com poucos detalhes	Ambiente frios de baixa estimulação visual
3	Odores leves Pequenos ruídos Poucos ruídos	Ambiente de baixa estimulação auditiva, olfativa
4	Uso de cores fortes Uso de cores claras Odores fortes Alteração na disposição dos móveis Muito ruído	Ambiente relativamente neutro
5	Muitos móveis Poucos detalhes	-
6	Muita iluminação Pouca iluminação	Hipervisual
7	Poucas cores Materiais quentes Ambientes quentes Pouco móveis	Ambiente quente com baixa estimulação visual

Fonte: autora, 2018.

Assim, demonstra-se que as variáveis estão relacionadas na concepção de um ambiente, exceto o fator 05 que não conseguimos chegar em uma interpretação. Por fim, é apresentado o escalonamento multidimensional que apresenta os diferentes grupos de ambiente, refletindo seus usuários (Gráfico 11). Os pontos com menores distâncias entre si contribuem mais na construção de uma teoria, dessa forma ao construir a teoria por trás de itens aproximados, como: cores claras, ambientes frios, materiais gelados e pouco móveis, percebe-se que tais itens contribuem para ambientes com menos estímulos.

Gráfico 11 - Escalonamento multidimensional da relação ambiente e criança.



Fonte: autora, 2018.

5.4 Análise do jogo das imagens

O jogo das imagens foi aplicado individualmente com pais e funcionários da instituição. Ao todo 22 pessoas participaram dessa etapa da pesquisa, sendo 06 profissionais (28,6%) e 15 pais (71,4%). O objetivo não era apresentar imagens de ambientes ideais, mas estimular o respondente a se expressar sobre suas aspirações e pontuações a respeito do espaço adequado para este tipo de estabelecimento. A proposta inicial era de que os participantes dissessem apenas os aspectos que o fizeram escolher tal imagem, mas a discussão se ampliou para modificações que realizariam nos ambientes das imagens, além de exemplificações com casos sobre as crianças. Dessa forma, esta etapa da pesquisa contém método projetivo, pois o sujeito apresenta soluções frente ao ambiente apresentado.

Como descrito por Neiva-Silva e Koller (2002, apud Cavalcante e Maciel, 2008), o principal objetivo ao se trabalhar com fotografias é a atribuição de significado à imagem. A aplicação dessa ferramenta foi importante porque as imagens funcionaram como uma espécie de gatilho, favorecendo a comunicação de ideias e conceitos.

As 36 imagens (ver Apêndice D) utilizadas nessa etapa foram impressas coloridas em tamanho que proporcionasse a visualização dos detalhes. Foram dispostas aleatoriamente (Figura 39) sobre uma mesa da recepção 01 ou chão da sala de integração sensorial, em seguida o participante observava as imagens por alguns minutos. No roteiro de aplicação dessa ferramenta, inicialmente, era solicitado que o participante selecionasse 5 imagens que mais caracterizassem o espaço destinado ao tratamento de crianças com autismo e só depois selecionasse ambiente por ambiente, mas esta ordem teve de ser alterada visto que as pessoas ainda não estavam familiarizadas com as imagens.

Figura 39 - Aplicação jogo das imagens.



Fonte: autora, 2018.

Observada as imagens era iniciado o preenchimento. O preenchimento foi realizado pela pesquisadora, pois observou-se que os pais gostam de conversar e interagir, porém muitos não se sentem à vontade escrevendo, suprimindo muitas informações importantes. Também pôde ser observado que pais e mães se sentiam mais à vontade para responder esta etapa, já que não influía em uma avaliação do Centro Tétris. Vale lembrar que as imagens não recebiam identificação do ambiente ou descrição, apenas um número para anotação da pesquisadora.

Para melhor compreensão e visualização do todo foi escolhido o gráfico de treemap (Excel, 2016), pois oferece uma exibição hierárquica dos dados, onde a dimensão dos retângulos está diretamente relacionada com a frequência relativa, sendo assim, algumas imagens podem ficar um pouco distorcidas. Para incentivar o participante, este era indagado: “Se você pudesse construir um espaço de tratamento adequado para essas crianças, como seria?”. A seguir serão apresentados os principais resultados.

5.4.1 Recepção/sala de espera

A primeira imagem solicitada era de uma sala de espera/recepção para uso de pais, crianças e profissionais. O Gráfico 12 demonstra todas as imagens escolhidas para este ambiente.

Gráfico 12 - Recepção mais citada.



Fonte: autora, 2018.

Dentre as imagens que haviam semelhança com uma recepção, a imagem 21 foi a mais escolhida (41%). Os participantes que escolheram esta imagem colocam que a recepção da imagem tem espaço suficiente para balcão de informações, espaço para adultos e área para

crianças. Consideram que o mobiliário é adequado para uso infantil, com móveis que podem ser arrastados e usados de diferentes maneiras. Dentre as 09 pessoas que escolheram tal imagem, 04 acreditam que os círculos iluminados no forro e a parede com a imagem de uma menina representam excesso de informação visual devendo ser retiradas. As cores claras e a iluminação suave foram bastante pontuadas pelos respondentes. Atrativo e bonito foram os adjetivos mais usados para descrever este ambiente.

A segunda imagem mais escolhida, imagem 22 com 27%, foi descrita como um ambiente que atrairia a atenção das crianças. O colorido das paredes, móveis e brinquedos foram usados para qualificar o ambiente como de temática infantil. Um participante achou a escada interessante e diferente, já outro considera que a escada e a mesinha de centro são desnecessárias e que no lugar colocaria puffs.

Quatro pessoas consideram o ambiente 20 adequado, bem distribuído, atrativo e confortável. Uma profissional considerou o uso do vidro no ambiente para escolher aquele que considera mais adequado, segundo ela:

“Ambiente sem vidros, apesar de ter muitos desenhos (golfinho, estrela, formas) tem apenas 3 cores. Não observei objetos perigosos e não apresenta riscos às crianças. Esse corredor ao lado sem um controle de acesso dificultaria manter a criança na recepção” (participante 16).

Duas pessoas consideraram a claridade e espaço amplo fundamentais para a escolha da imagem 19. “Ambiente visualmente limpo, sem muitos estímulos, regulação da iluminação, puffs para pacientes e acompanhantes” (participante 01).

5.4.2 Sala de integração sensorial

Gráfico 13 - Sala de integração sensorial mais citada.



Fonte: autora, 2018.

A sala de integração sensorial (Gráfico 13) foi o ambiente que mais apresentou consenso entre os participantes (64%), porém deve-se atentar ao fato que este ambiente é o mais equipado do Centro Tetris, portanto os usuários têm uma maior referência. A palavra “equipamentos” apareceu em todas as justificativas dos participantes. Em seguida aparece a diversidade de estímulos e cores. Uma respondente escolheu o ambiente por ser o único que possuía malha elástica, a filha se sente muito bem em equipamentos suspensos. O piso emborrachado é desejável por oferecer maior segurança através de sua capacidade de amortecer o impacto.

A imagem 04 foi escolhida por 14% dos usuários por considerarem o ambiente atrativo às crianças. Os participantes ficaram em dúvida quanto a essa imagem e a de número 02, porém optaram pela primeira por não ser tão cheia de equipamentos e permitir a criança caminhar pelo espaço. “Sala mais completa. O balanço, equipamentos que possibilitam a entrada e saída, subir e descer, o tapete. Sala com muitos estímulos, como na terapia de integração sensorial o paciente escolhe o que vai fazer, quanto mais possibilidades o ambiente oferecer, melhor” (participante 16, sobre a Imagem 04). Coincidentemente, as imagens 01 e 03 (9% ambas) foram escolhidas com a mesma justificativa de que os filhos gostariam de realizar o percurso proposto nas imagens. “Por minha filha ser pouco ativa, chegando a evitar atividades que exija deslocamentos, acredito que os percursos coloridos da sala a incentivariam” (participante 14).

5.4.3 Sala de atendimento terapêutico individual

Para a sala de atendimento terapêutico, os participantes escolheram aquela que consideraram ter poucos estímulos, sendo a imagem 07 mais escolhida (41%) (Gráfico 14). O aspecto mais citado foi o espaço adequado para o profissional ter contato com os pais e crianças (mobiliário adulto e infantil). Consideram as cores adequadas, paredes com poucas informações (não tira o foco da atividade), porém diminuiria o estímulo do nicho e do quadro na parede.

Gráfico 14- Sala de atendimento individual mais citada.



Fonte: autora, 2018.

Duas imagens ocupam a segunda posição, imagens 09 e 12 (18%), a primeira foi escolhida por apresentar mobiliário infantil, tapete e brinquedos cognitivos (porém a maioria concorda que não podem ficar expostos, sugerem portas), a segunda leva o profissional ao mesmo nível da criança. Um participante justificou sua escolha afirmando que o ambiente é menos formal, se assemelhando a um ambiente de casa, relatou que o filho tem medo de hospitais depois que passou uma semana realizando diferentes exames em uma clínica infantil. O paciente do citado caso, segundo o pai, fica nervoso e impaciente ao passar pela rua da clínica.

Na descrição do restante das imagens (5% cada) apareceram aspectos como: cores claras, claridade e material fora do alcance das crianças.

5.4.4 Sala para reabilitação física

O Centro Tetris dispõe de uma sala de fisioterapia, mas com poucos recursos: tablado (tatame de pé) e trampolim (pula-pula), sendo assim a diversidade de equipamentos foi importante para justificar a escolha da imagem 28 (45%) (Gráfico 15). O espaço amplo foi uma qualidade bastante citada. Uma profissional considera a sala mais adequada, porém falta um espelho para a criança ver a imagem corporal e realizar a correção dos exercícios, a mesma ainda acrescentou que este recurso é importante porque ajuda a criança manter contato visual com ela. Um participante citou que o forro mais baixo dá uma sensação de conforto.

Gráfico 15 - Sala para reabilitação física.



Fonte: autora, 2018.

A imagem 05 (18%) foi escolhida pelos equipamentos, espaço e armário para guardar os materiais. As imagens 01 e 04, ambas com 14%, foram escolhidas pelo espaço que dispõe, possibilitando o paciente a se movimentar, correr.

5.4.5 Sala de terapia ocupacional

Os profissionais terapeutas ocupacionais anteriormente atendiam na sala de fisioterapia, mas a mesma dispõe de poucos recursos. Atualmente, as terapias acontecem na sala de integração sensorial e as profissionais relataram que preferem realizar o atendimento em ambiente fechado, onde tem um maior controle dos estímulos usados. Com base nas imagens

escolhidas, pode ser observado a variedade de tipos de ambientes que este profissional pode fazer uso, porém 36% consideram a imagem 04 mais adequada (Gráfico 16). Os participantes consideram que a sala da imagem 04 possui recursos lúdicos e sensoriais, qualificando o espaço como favorável para trabalhar a integração sensorial. Os equipamentos e diversidade de cores também apareceram nas justificativas dos respondentes.

Gráfico 16 - Sala de terapia ocupacional.



Fonte: autora, 2018.

A imagem 03 (18%) foi escolhida por oferecer diferentes recursos para o terapeuta usar. A disposição dos equipamentos e os diferentes caminhos que o profissional pode criar foi destacado. Em relação a imagem 02 (14%), uma profissional considera a sala é adequada, porém acrescentaria mesa e cadeiras, de preferência no canto da sala, para realizar atividades cognitivas e de motricidade fina. A imagem 26 (9%) foi escolhida por, segundo os participantes, ser um ambiente vivo e alegre, possibilitando a exploração do ambiente.

5.4.6 Ambiente de relaxamento e lazer

Para o próximo ambiente foi solicitado aos participantes que escolhessem um local adequado que proporcionasse relaxamento e lazer nos momentos em que as crianças não estivessem em atendimento. Das 06 imagens abaixo, apenas 02 representam um espaço fechado, pois a maioria chegou ao consenso de que uma área aberta seria mais adequada (Gráfico 17). A imagem 25 (41%), mais escolhida, na opinião dos participantes, é mais interessante

porque se trata de espaço aberto com árvores (sombra), brinquedos e possibilidade de explorar a natureza. “ Espaço para correr, árvores, tocar em diferentes superfícies, som dos pássaros” (participante 12). Acreditam que o espaço para correr é muito importante porque a criança se sente livre.

“Acredito que muitos brinquedos coloridos e pequenos poderiam atrapalhar no momento de levar essa criança para o atendimento. O parquinho ao ar livre me parece ideal por possibilitar que a criança tenha contato com a natureza, além de dispor de estímulos sensoriais com a areia, pedras, árvores, som do vento, etc” (participante 17).

Gráfico 17 - Ambiente para lazer.



Fonte: autora, 2018.

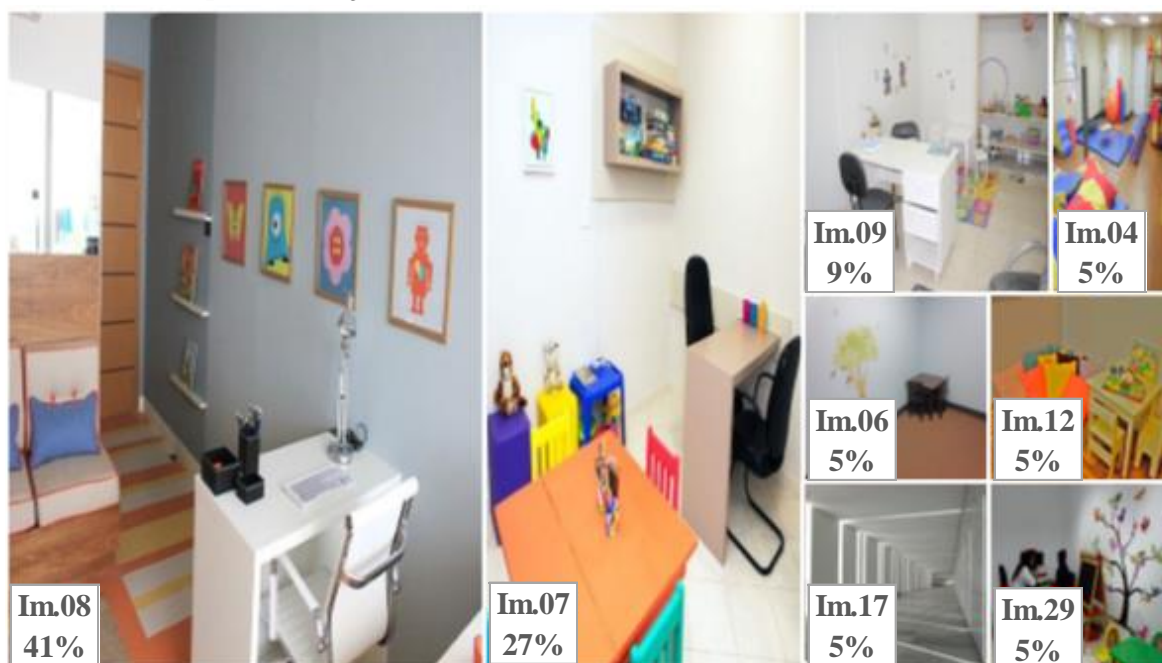
Em contraponto, a segunda imagem, imagem 26 (23%), foi escolhida por ser um ambiente fechado que aparenta mais controle, onde os pais possam monitorar os filhos. Uma das participantes relatou que a filha não tem medo do perigo e que sempre tenta fugir pelo portão da instituição, um espaço dentro da clínica considera mais seguro. “Ambientes com diferentes estímulos, manutenção relativamente fácil, puffs para descanso, pois algumas crianças chegam cansadas na instituição. Espaço que promove descanso e brincadeiras” (participante 09).

O parquinho da imagem 27 (23%) teve como aspectos relevantes o espaço aberto, obstáculos para pular e a areia. Na imagem 35 (5%) há alguns brinquedos de plástico e por este motivo a imagem foi escolhida, pois os participantes consideram tais equipamentos com menos riscos de acidentes.

5.4.7 Sala de avaliação individual

A sala de avaliação é utilizada no atendimento pelo neuropediatra e nas avaliações semestrais dos pacientes com demais profissionais. Para qualificação do ambiente mais escolhido, imagem 08 (41%) (Gráfico 18), a palavra conforto apareceu em primeiro lugar. Para os participantes, este espaço precisa ser confortável e acolhedor porque é um espaço de conversa que pode ser delicada. Adjetivos como simples e reservado também foram citados.

Gráfico 18 - Sala para avaliação individual.



Fonte: autora, 2018.

Os mesmos aspectos foram usados para qualificar a imagem 07 (27%) com diferença que os participantes que escolheram essa imagem citaram os brinquedos para distrair a criança em conversas mais demoradas. “Lugar para pai e mãe, distração para a criança enquanto os pais conversam com o profissional, local não formal. Acredito que a criança se sentiria à vontade” (participante 05).

5.4.8 Sala de fonoaudiologia

A escolha da sala de fonoaudiologia se mostrou diversificada e equilibrada entre as três mais selecionadas: imagem 07, 09 e 11 (27%, 23% e 18% respectivamente). A imagem 07, mesma escolhida para atendimento individual, foi considerada simples, visualmente limpa, mais fácil de organizar e com móveis adequados (Gráfico 19). Os participantes acrescentariam armários com portas.

Na escolha da imagem 09, os participantes evidenciaram a quantidade de recursos que a sala possui como jogos e brinquedos. O espelho da sala representada pela imagem 11 foi citado por todos que escolheram tal imagem.

Informações novas a respeito da sala de fonoaudiologia adviram da imagem 29. “Ambiente reservado, aparenta ser um local calmo onde a criança fique mais centrada” (participante, 18). Reforçando a importância do estudo da proxêmica de Hall (1977) nestes espaços, um participante relacionou o tamanho da sala com a interação profissional e paciente: “Sala pequena, maior contato da *fono* com a criança” (participante, 16).

Gráfico 19 - Sala de fonoaudiologia.



Fonte: autora, 2018.

O quadro negro da imagem 29 funcionou como gatilho para uma mãe contar que sua filha deixou de frequentar a casa da avó por um ano, tempo que levou para descobrir a razão, por conta de uma caixa de som que ficava na entrada da casa. A mãe relatou que a filha não suporta barulhos excessivos e que associa blocos pretos com caixa de som.

5.4.9 Corredor/circulação

O próximo ambiente se tratava de um corredor principal. Como justificativa do corredor mais escolhido, imagem 16 (32%), a visibilidade do exterior apareceu na fala de 05 pessoas entre as 07 pessoas que o escolheram (Gráfico 20). A clareza e fluxo direto (unidirecional) também foram aspectos bastante citados. Simples, ambiente infantil e o fato de se conseguir

enxergar o final do corredor foram pontuados. Apesar de bastante colorido, a imagem 13 (23%) foi escolhida por os participantes acreditarem que esta tipologia de corredor facilitaria a criança a chegar na sala de atendimento, tanto pela disposição das salas, quanto pela diferenciação das cores das paredes e piso.

Gráfico 20 - Corredor.



Fonte: autora, 2018.

Os participantes que escolheram a imagem 18 (18%) levantaram questões importantes. “Corredor claro que não causa desorganização na criança. O móvel ao lado para deixar os calçados poderia se tornar rotina de atendimento, sendo um ponto favorável. Não colocaria brinquedos nesse percurso do corredor” (participante, 13). O móvel com nichos para guardar calçados foi citado por todos que escolheram tal imagem, pois em dias de reunião de pais os calçados ficam amontoados recepção. “Organização, claro, móvel azul que as crianças poderiam deixar seus brinquedos ou calçados, trabalhando atividades de vida diária (participante, 16). Na imagem 15 (14%) foi citado a visão do exterior e as janelas que as crianças podiam interagir.

A imagem 17, apesar de ter sido pouco escolhida, apenas 9% dos participantes, teve justificativas importantes. “Para passar de uma sala para outra o corredor deve ter pouca estimulação sensorial para não desorganizar as crianças. Retiraria as frestas por criarem um padrão que pode incomodar algumas crianças e colocaria janelas em madeira que faz parte do

cotidiano das mesmas” (participante, 10). Outro participante apontou o fato de não possuir obstáculos, portas ou janelas com vidros e caminho direto essencial para este espaço.

5.4.10 Fachada

Por fim, foi solicitado que os participantes selecionassem a fachada que considerassem mais agradável. A principal justificativa usada pelos participantes para escolher a imagem 35 (41%) foi o uso das cores (Gráfico 21). O autismo tem maior incidência em meninos, por isso a cor azul foi escolhida para representar esse transtorno. O Centro Tetris também tem sua fachada em azul e eles podem ter adotado como referência. A área externa com brinquedos é tida como desejável pelos participantes, mas acrescentariam árvores para sombreamento. O fato de se assemelhar com uma casa foi citado por um participante como importante por fazer parte da vivência das crianças.

Gráfico 21 - Fachada mais citada.



Fonte: autora, 2018.

A imagem 34 (32%) foi escolhido pela estética neutra. As formas das esquadrias da janela chamaram a atenção por lembrar os brinquedos utilizados nos atendimentos. Os participantes associaram a fachada com um ambiente calmo e acreditam que não causa confusão visual nas crianças. “Ambiente passa a impressão de humanidade, simples e tranquilo” (participante, 22).

Para descrever a imagem 33 (14%), os participantes consideraram os aspectos espaço, fachada colorida e moderna. Para descrever o restante das imagens foram usadas as palavras amplitude, cores, piso plano, atraente e menos formal.

5.4.11 Caracterizando o espaço através do jogo das imagens

A segunda etapa do jogo das imagens consistia em o participante selecionar 05 imagens que mais caracterizassem um estabelecimento assistencial ao autismo. Em seguida, o participante deveria ordenar as 05 imagens escolhidas em ordem de importância do atendimento, sendo os ambientes mais solicitados citados primeiramente em relação aos últimos. As imagens não citadas pelos entrevistados não foram relacionadas nos gráficos, sendo assim das 36 imagens para o jogo, 24 foram citadas ao menos uma vez.

Para análise preliminar foi calculada a saliência das imagens escolhidas (Tabela 7). A saliência é a relação entre a frequência absoluta e a maior coincidência de posição de citação dos itens da listagem, neste caso, das 36 imagens disponíveis. Isto implica que não importava apenas a quantidade de vezes que determinada imagem era citada, mas também se a mesma era ordenada em posições iniciais.

Tabela 7 - Saliência - Jogo das imagens.

Imagens	Frequência	Média do ranking	Importância (Saliência)	Ranking - Importância
Imagem02	8	1,88	0,35	1º
Imagem21	8	3,25	0,33	2º
Imagem25	7	3,71	0,28	3º
Imagem01	6	3,33	0,24	4º
Imagem26	6	3,67	0,24	5º
Imagem04	5	3,00	0,21	6º
Imagem07	5	3,40	0,20	7º
Imagem09	4	3,00	0,17	8º
Imagem35	4	3,75	0,16	9º
Imagem22	3	2,00	0,13	10º
Imagem03	3	2,33	0,13	11º
Imagem06	2	3,00	0,08	12º
Imagem29	2	3,50	0,08	13º
Imagem12	2	3,50	0,08	14º
Imagem11	2	4,00	0,08	15º
Imagem33	1	1,00	0,05	16º
Imagem34	1	1,00	0,05	16º
Imagem20	1	1,00	0,05	16º
Imagem15	1	2,00	0,04	19º
Imagem08	1	2,00	0,04	19º
Imagem18	1	3,00	0,04	21º
Imagem28	1	3,00	0,04	21º
Imagem19	1	3,00	0,04	21º

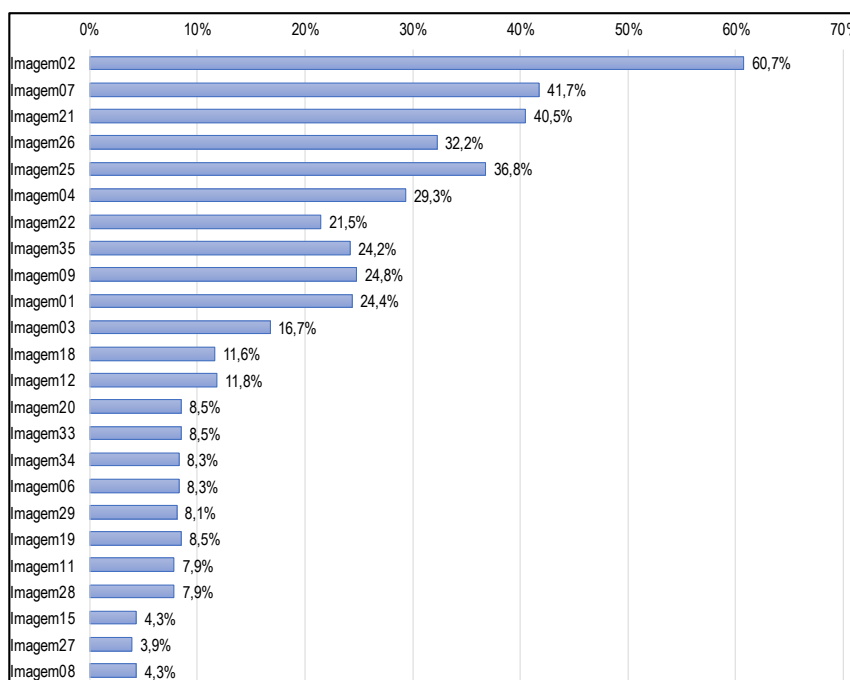
Fonte: autora, 2018.

Dessa forma, ocupando os primeiros cinco lugares estão as imagens 02, 21, 25, 01 e 26, respectivamente. A imagem 02 caracteriza uma sala usada em terapias de integração sensorial, terapia ocupacional e até mesmo fisioterapia. A recepção apareceu na segunda posição

representada pela imagem 21. Em terceiro lugar, o parquinho representado pela imagem 25. A imagem 01, quarto lugar, pode ser interpretada como uma sala de terapia ocupacional, fisioterapia, educação física, possuindo diferentes usos. Por fim, um espaço que representa lazer, imagem 26, mas que possui outros usos, sendo citada na primeira parte do jogo como possibilidade para terapia ocupacional e fonoaudiologia. De maneira geral, as imagens com melhor colocação no ranking da Tabela 7 são ambientes com possibilidades de usos diferentes, podendo ser usados por diferentes profissionais em diferentes abordagens e terapias.

Quando listadas as imagens com maior frequência relativa percentual (Gráfico 22), sem analisar a colocação no ordenamento solicitado se tem uma pequena alteração na composição dos ambientes. O primeiro lugar continua ocupado pela mesma imagem, imagem 02, mas no segundo lugar com 41% aparece a imagem 07, que não apareceu na primeira composição. Assim, a composição caracterizando o ambiente assistencial ao autismo, de acordo com frequência relativa percentual, está apresentado no Gráfico 22.

Gráfico 22 - Imagens que mais caracterizam um estabelecimento assistencial ao autismo.

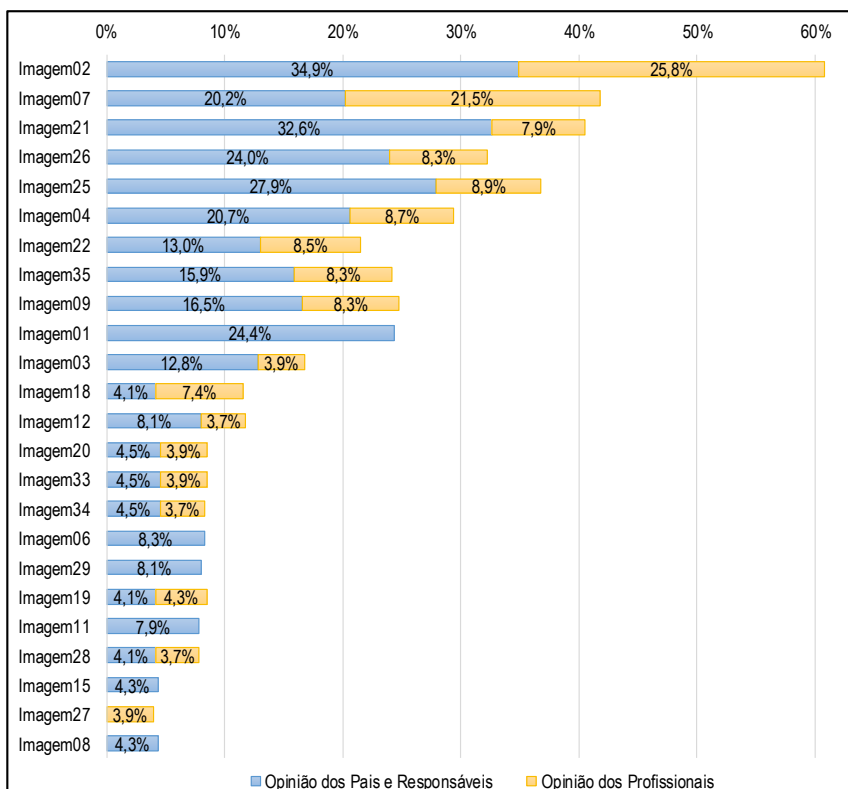


Fonte: autora, 2018.

Observa-se que a imagem 01, quarto lugar no ranking de importância, só aparece em décimo lugar com 24,4%, se considerarmos a frequência relativa percentual, dessa forma, apesar de não ser tão citada, é considerada importante na caracterização desse espaço. As imagens 25 e 26 ainda aparecem, mas decaem uma posição cada. Quanto à contribuição de pais e profissionais na escolha dos ambientes (Gráfico 23), observa-se uma maior concordância nas

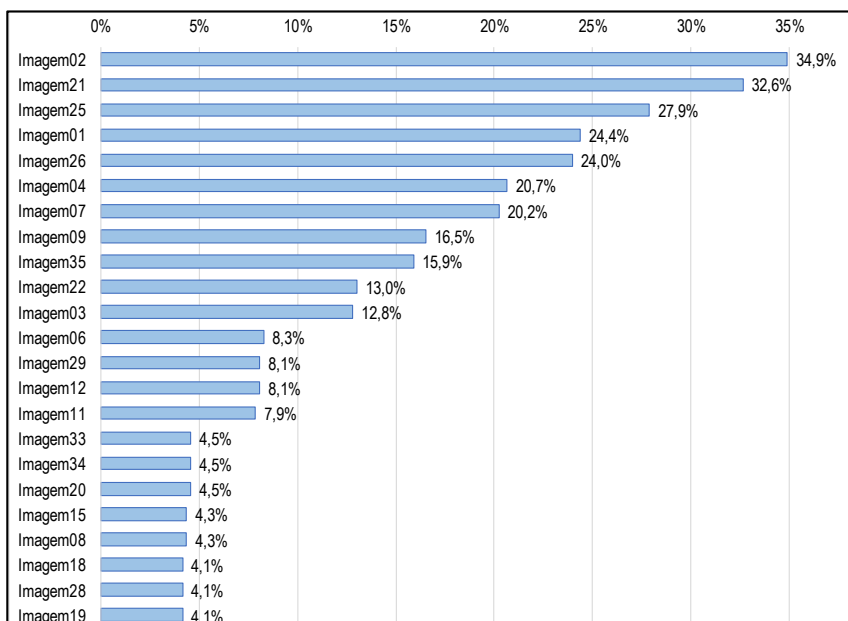
imagens 02 e principalmente na imagem 07, coincidentemente referentes as salas de maior uso da instituição.

Gráfico 23 - Distribuição na escolha entre pais e profissionais.

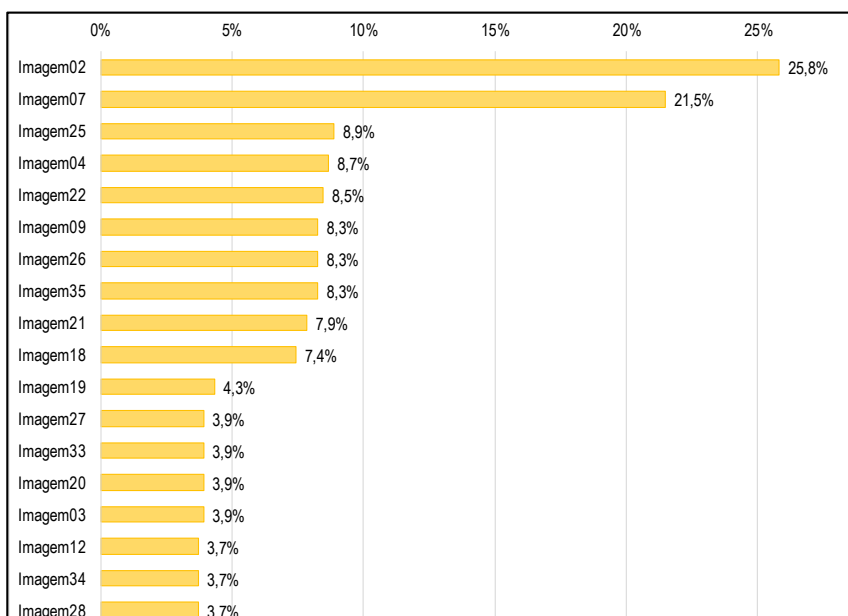


Fonte: autora, 2018.

Se compararmos as escolhas de pais e profissionais (Gráfico 24 e Gráfico 25), observamos que, apesar de haver uma concordância quanto ao ambiente que mais caracteriza o estabelecimento de tratamento, imagem 02, a próxima escolha difere. Enquanto os pais elegem uma recepção, os profissionais elegem uma sala de atendimento individual. Pode ser que os participantes, na hora da escolha, adotaram como parâmetro o tempo de permanência em determinado ambiente.

Gráfico 24 - Imagens mais escolhidas por pais.

Fonte: autora, 2018.

Gráfico 25 - Imagens mais escolhidas por profissionais.

Fonte: autora, 2018.

Na terceira posição, ambos concordam com o tipo de parquinho escolhido, imagem 25. Apesar da próxima colocação estar ocupada por imagens diferentes, ambas possuem um conceito similar: ambientes amplos, de equipamentos não-fixos onde a criança possa se movimentar. O recepcionamento, para os profissionais, aparece apenas em quinto lugar com a imagem 22, diferentemente dos pais que deram grande importância à recepção. Como o

conceito da imagem, nesse estudo, é mais importante do que a própria imagem, percebe-se que a materialização do espaço de pais e profissionais estão alinhados.

5.5 Do espaço desejado ao espaço construído

Com a finalidade de traçar um rápido paralelo entre a realidade que o Centro Tetris se encontra com as recomendações da literatura para estes espaços, trazidos no segundo capítulo desta pesquisa, algumas considerações precisam ser elucidadas. Primeiramente, o Centro Tetris surgiu de uma necessidade imediata e naquele momento poucos eram os modelos nacionais de espaço exclusivo para crianças autistas pela rede SUS. Segundo, a instituição passa por dificuldades, desde a falta de profissionais, visto o grande número de famílias na fila de espera, até de recursos para manutenção e substituição de equipamentos, assim, é desejo da administração da instituição que esta seja habilitada em Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER), com isso receber mais recursos para contratação e manutenção da clínica. Uma das exigências para habilitação é a avaliação técnica realizada pelo Ministério da Saúde. Se comparada as ambiências do Centro com as dimensões mínimas exigidas de um CER, observa-se que apenas as salas de atendimento individual do edifício 02, a sala de integração sensorial e a cozinha atendem este quesito, os restantes dos ambientes são subdimensionados.

Quanto à adequação da edificação ao público autista, observou-se que existe uma preocupação por parte da equipe profissional e dos pais, mas que se encontram impraticadas devido à falta de recursos. Também pode ser constatado que o discurso da equipe profissional está alinhado com a literatura internacional sobre os espaços de tratamento da criança autista, porém a concepção inicial de uma sala neutra é de um ambiente totalmente branco (não desejável por se assemelhar a um ambiente hospitalar). Muito se falou em não desorganizar a criança antes do atendimento, porém o barulho e a quantidade de informação visual da recepção (banners com patrocinadores e empresários que contribuíram para construção do espaço) não foram citados. Coincidentemente, poucas crianças aguardam atendimento na recepção. De acordo com Neumann (2017), “o estímulo visual em excesso é um grande empecilho para a obtenção de informações sonora adequadas. Ou seja, não apenas um som novo pode atrapalhar a compreensão do primeiro, mas uma nova imagem também” (NEUMANN, 2017, p. 126).

Os pais sentem a falta de um ambiente que reflita a faixa etária desses pacientes, principalmente nos espaços de lazer. No que se refere à área livre, o contato com a natureza beneficia todas as crianças, e esta preocupação foi refletida, principalmente, no jogo das imagens. Muitos pais relataram preocupação com proteção e segurança das crianças, porém isso

foi pouco manifestado no questionário aplicado. A questão da segurança apareceu mais devido a precariedade dos brinquedos do parquinho.

A socialização entre as crianças é trabalhada nas terapias, mas a sobrecarga sensorial pode atrapalhar esta socialização, pois:

Cresce o número de pesquisas que buscam comprovar que os problemas de socialização também surgem em decorrência da dificuldade de perceber corretamente os estímulos do ambiente. É mais difícil frequentar um espaço com poluição visual e sonora, e de manter uma conversa com outra pessoa com diversos estímulos incomodativos no entorno. É fundamental buscar formas de possibilitar o equilíbrio da percepção destes estímulos ambientais, visando a qualidade de vida desta parcela da população, e de toda sociedade que apresenta algum tipo de transtorno sensorial. (NEUMANN, 2017, p. 113)

Assim, como foi elucidado pelo neuropediatra da instituição, a respeito da pergunta que mencionava a variabilidade dentro do espectro, onde explica que apesar dessa variabilidade de matizes o eixo comunicação, interação social e comportamento são afetados no transtorno, sendo assim evitar a sobrecarga sensorial auxilia na fluidez de tráfego de informação e com isto todos poderiam se beneficiar.

6 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos objetivos da presente pesquisa é elencar recomendações projetuais para espaços assistenciais ao tratamento da criança autista. As recomendações foram estabelecidas com base na pesquisa teórica e com os procedimentos de APO realizados na instituição.

As informações que podem ser generalizadas e usadas para auxiliar a elaboração de projetos futuros tiveram como fonte de dados muito importante o jogo de imagens. O jogo de imagens se mostrou uma ferramenta bastante útil para a coleta de recomendações mais conceituais.

6.1 Recomendações ao Centro Tetris

As recomendações específicas ao estudo de caso da pesquisa serão apresentadas no quadro síntese abaixo. Recomendações de problemas advindos da falta de manutenção de instalação elétrica e hidrossanitária não foram destacados abaixo (Quadro 10).

Os principais problemas da instituição estão relacionados ao subdimensionamento de ambientes, implantação inadequada de alguns ambientes e a ausência de ambientes como sala de espera infantil, brinquedoteca, espaço para descanso dos profissionais, ou seja, problemas que exigem reparação imediata, mas que demandam maior custo.

Quanto à qualidade dos materiais da instituição, observa-se que a falta de uma rotina de manutenção afetou a conservação dos mesmos, como a deterioração precoce das fachadas, ocasionando a impressão de abandono.

Outro problema notado, é que não existe contraste entre os planos piso, parede e teto nas salas de atendimento, em contrapartida na recepção principal há poluição visual com letreiros nas paredes e no edifício mais antigo o uso de desenhos estereotipados em janelas e portas sobrecarrega a legibilidade visual do ambiente.

O portão de entrada é caracterizado como negativo, pois não garante a segurança das crianças, fazendo que as mães precisem monitorar frequentemente às crianças dentro da instituição, dificultando o momento de conversa com a equipe profissional, por exemplo.

Quadro 10 - Recomendações para o Centro Tetris.

Tema	Recomendações
Acidentes com esquadrias de vidro	Substituição por janelas e portas de madeira.
Segurança contra incêndio	Colocação de equipamentos contra incêndio na recepção principal e no corredor principal do edifício mais antigo, além de realizar treinamento com a equipe profissional e pais.
Ruídos, pouca visibilidade do exterior e exagero de informação visual nas paredes da recepção principal	Separar recepção do atendimento. Utilizar materiais absorventes. Aplicação piso vinílico. Aplicação de manta antirruído no forro. Usar cores claras e neutras para descanso/repouso da visão, evitar o branco por ser mais reflexivo.
Ambiente pequeno para o tamanho dos equipamentos.	Ampliar o espaço físico.
Diminuir o eco das salas de atendimento individual do edifício 02	Rebaixar o forro, aplicar manta antirruído, inserir mobiliário de maior absorção sonora como puffs (espuma e tecido) e cadeiras acolchoadas. Aplicação de piso vinílico.
Ruído advindo das salas do edifício mais antigo	Substituição das paredes de gesso por alvenaria, aplicação de manta antirruído para PVC.
Sinalização salas de atendimento	Uso de imagens para indicar atividades e usos de ambientes em altura compatível com o campo de visão da criança.
Circulações estreitas do edifício 01	Redimensionar os corredores.
Piso gelado na sala de integração sensorial	Aplicação de piso vinílico.
Segurança na cozinha	Aumento da cozinha e polarização entre atendimento e equipamentos que oferecem riscos às crianças. Materiais de limpeza devem ser guardados em depósito com chave. Porta com chave deve ser colocada para evitar o fluxo de crianças sem acompanhamento.
Qualidade dos banheiros	Melhorar a manutenção e equipamentos, inserir chuveiro.
Conforto térmico na sala administrativa	Fechamento de aberturas de janelas na fachada norte. Abertura de janelas orientadas ao vento predominante, proteção de janelas, eliminação do uso de vidros em esquadrias.
Reduzir o uso de refrigeração artificial	Abertura de janelas orientadas ao vento predominante, proteção de janelas, eliminação do uso de vidros em esquadrias, aumento da permeabilidade de paredes através do uso de elementos vazados.
Impermeabilização, falta de sombreamento da área externa	Aumentar permeabilidade pluvial da edificação com uso de pavimentação ecológica do tipo piso intertravado. Plantio de árvores, pergolado com trepadeira.
Ausência de identificação da instituição. Falta de manutenção da pintura das fachadas	Colocar placa com identificação da instituição. Execução de serviços de pintura.
Segurança no parquinho	Manutenção dos brinquedos do parquinho. Os brinquedos devem ficar a uma distância de 1,30m um do outro. Uso de grama para amortecimento do impacto de possíveis quedas.
Área externa no inverno	Criação de caminho coberto entre os edifícios 1 e 2.

Fonte: autora, 2018.

6.2 Recomendações para novos projetos

Entende-se que uma temática como esta demanda maior aprofundamento de abordagem e ferramentas de pesquisa e análise, assim os dados até aqui colhidos e analisados não são suficientes para produzir diretrizes, mas podem nortear algumas recomendações.

As recomendações descritas a seguir são uma síntese dos aspectos arquitetônicos que possivelmente podem facilitar o tratamento e proporcionar o bem-estar físico e psicológico de crianças autistas. Esta síntese foi desenvolvida a partir da reflexão dos resultados obtidos através da APO e dos estudos teóricos que fundamentaram esta pesquisa.

a. FLEXIBILIDADE

Flexibilidade parece ser a palavra-chave na concepção de espaços para tratamento de crianças autistas. Ambientes menos rígidos, que permitam diferentes concepções de layout, ambientes com divisórias não fixas, parecem ser o mais adequado, visto a diversidade do espectro, como também o trabalho de forma integrada entre diferentes profissionais no atendimento.

b. QUALIDADE AMBIENTAL

A qualidade ambiental tem início na localização desse espaço, da vizinhança e do senso de comunidade. É extremamente importante o controle dos níveis sonoros e compreender o som de forma qualitativa, não somente se apegar ao exigido por normas, uma vez que o ruído provocado pelo funcionamento de um ventilador seja tão agressivo quanto o barulho de uma via movimentada. A exemplo de uma mãe que relatou o incômodo de sua filha com pessoas cochichando, mas usava fones de ouvido no último volume para músicas. Igualmente importante está a iluminação. Sabe-se que a melhor iluminação é a natural, mas é preciso controlar para que não haja ofuscamento.

c. MOBILIÁRIO

É necessário dispor de diferentes tipos para a criança escolher, como de materiais estofados, que absorvem o impacto, ou rígidos de madeira, mas que sejam ergonomicamente confortáveis. Sempre se preocupar em fornecer mobiliários de desenho orgânico, sem quinas, independente da faixa etária da criança autista. Evitar mesas de tampos reflexivos.

d. VALORIZAÇÃO DA IDENTIDADE VISUAL

Não importa as adversidades, crianças são crianças e seu espaço precisa refletir isso. Os pais também sentem essa necessidade, antes da condição existe uma criança. Porém sem o uso de desenhos estereotipados, mas sim, através do uso de elementos lúdicos.

e. USO DE CORES NOS AMBIENTES

Quanto ao tratamento individual existem dois tipos de ambientes: estimulação desejada (a exemplo da sala de integração sensorial) e espaços neutros (onde um estímulo externo pode dificultar o aprendizado), assim o uso de cores (piso, parede, teto, equipamentos) deve estar alinhado ao objetivo do ambiente. Evitar o uso cores fortes.

f. ÁREAS LIVRES

Exploração do espaço, aprendizado, espaços que estimulem e desafiem, jardim sensorial
Espaços de interação com forma, textura, contato com a natureza: áreas de brincadeiras sociais, áreas de isolamento, barreiras acústicas.

g. CÔMODOS DA CASA

Os ambientes devem ser semelhantes aos de uma casa, pois permite o desenvolvimento de atividades de rotina diária, sempre priorizando a segurança da criança.

h. SEGURANÇA

Segurança é uma constante preocupação de pais de crianças autistas, a fim de diminuir essa carga mental o ambiente deve ser seguro e controlável. Criar barreiras físicas, mas sem serem barreiras visuais, permitir que esta mãe ou pai monitore a criança.

i. ESPAÇO PARA PAIS E PROFISSIONAIS

É importante oferecer espaços de descanso e interação tanto para pais como para profissionais (separado dos pais). Garantir o bem-estar de quem cuida.

j. TECNOLOGIA

Iluminação regulável, uso de lâmpadas cujo brilho pode ser ajustado, incluindo a variação das cores, até mesmo sistemas de aromaterapia, que ajustam os odores do ambiente já são uma realidade de automação de projeto que podem beneficiar muitas crianças e profissionais na adequação do espaço para as terapias.

Com base na leitura e observado durante a pesquisa na instituição, ainda podemos citar o apego a rotina refletido no fluxo do espaço, sem quebras imprevisíveis (como acontece com os dois edifícios da instituição). Antecipação da ação (as profissionais costumam falar o passo a passo de terapias do dia a algumas crianças), com setorização bem clara, caminhos bem definidos e sinalização de ambientes.

6.3 Considerações finais

Os resultados obtidos nesta pesquisa apontaram para a necessidade de maior discussão acerca a concepção arquitetônica de espaços assistenciais ao autismo infantil. A revisão

bibliográfica possibilitou compreender algumas relações de ambiente e usuário necessária à investigação de recomendações projetuais específicas ao público em questão, assim como a importância de ações participativas voltadas aos usuários.

Ao decorrer da pesquisa foram encontradas dificuldades e limitações relacionadas ao campo pouco explorado na Arquitetura, porém o maior desafio foi o exercício interdisciplinar que a pesquisa exigiu: compreender as especificidades do usuário dentro do amplo espectro do transtorno e como a arquitetura deve dispor de ambientes que sejam acolhedores para todos. A pesquisa ainda não pode responder integralmente essa questão, pois muitos dos conceitos trazidos demandam maior tempo para maturação e exigem maior aprofundamento, mas foi possível compreender algumas questões para pesquisas futuras.

Optou-se por não trabalhar diretamente com o usuário final, ou seja, a criança autista. Primeiramente, por barreiras na comunicação e interação com estes usuários e por considerar que uma abordagem com esta profundidade demandaria maior tempo e até mesmo uma orientação realizada por profissional da área da psicologia, podendo ser realizado em um futuro doutoramento. Dessa forma, pais e profissionais tiveram papel de destaque como intérpretes e tradutores desse universo.

Em termos metodológicos, a abordagem multimétodos nesta APO possibilitou uma avaliação do ambiente existente, como também as necessidades físicas e funcionais desejadas por seus usuários. Os usuários da instituição se mostraram dispostos a ajudar nessa construção de um ambiente mais adequado, e também se mostraram atentos aos aspectos do ambiente que dificultam, distraem, irritam ou agradam os pacientes no atendimento. Uma ferramenta relevante que deve ser retomada em outras pesquisas é o jogo das imagens. Os participantes se mostraram mais dispostos e empolgados com tal ferramenta. Projetar o espaço desejado é mais prazeroso que avaliar o espaço físico palco de tanto acolhimento. Quando perguntados sobre a relação da criança com o espaço, mães e pais responderam com bastante convicção, a análise usada chegou em um produto que se alinha às recomendações elaboradas por Mostafa (2008). O jogo das imagens pode ser usado em estudos futuros com mais estímulos ao participante e outras ferramentas.

Por fim, devem ser realizadas mais avaliações desses espaços, com diferentes abordagens e ferramentas, considerar não apenas os cinco sentidos iniciais, mas estender a investigação da percepção.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. de C. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1998.

AMORIM, L. C. D. **O que é Síndrome de Asperger?** São Paulo, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Conforto ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Série: Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília, D. F., 2014.

_____. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2004.

ASSUMPTÃO, F. B.; SPROVIERI, M. H. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 59, n.2A, p.230-237, 2001.

AYRES. A. J.; ROBBINS, J. **Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges**. EUA: Western Psychological Studies, 2005.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Trad. Heloisa Jahn. Ed. 3. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução**. Trad. Maria Teresa Araújo Silva. Ed. 2. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BEAVER, C. **Designing environments for children and adults with ASD**. Paper delivered at 2nd World Autism Congress and Exhibition, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA)**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual: Centro Especializado em Reabilitação (CER) e oficinas ortopédicas**. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. – Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de ambiência dos centros especializados em reabilitação (CER) e das oficinas ortopédicas: orientações para elaboração de projetos (construção, reforma e ampliação)**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil In: **CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos Depois de Caracas**. 2005, Brasília. **Anais...** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Casa do Autista. **Autismo: orientações para pais**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF, 2015.

CAMPOS-DE-CARVALHO, M. et al. Ambiente. In: Cavalcante, S.; Elali, G. A. (Org.) **Temas básicos em psicologia ambiental**. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARVALHO, I. L. do N. et al. CAPSi: avanços e desafios após uma década de funcionamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 42-60, 2014. ISSN 1984-2147.

CAVALCANTE, S.; MACIEL, R. H. Métodos de avaliação da percepção ambiental. In: _____; _____. **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: _____. **A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política**. In: FERREIRA, T. (Org.). Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.

DEMARTINI, J. **Um olhar arquitetônico sobre Centros de Atenção Psicossocial Infantil: o caso do CAPSi de Cuibá**. 2007. 140 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

DOURADO, F. **Autismo e cérebro social: compreensão e ação**. Fortaleza: Fundação Casa da Esperança, 2011.

ELALI, G. A. Psicologia e arquitetura: em busca do locus interdisciplinar. In: _____. **Estudos de Psicologia**, 1997. p.349-362.

_____. **Uma contribuição da psicologia ambiental à discussão de aspectos comportamentais da avaliação pós-ocupação**. São Paulo, 2006. Pós N.20.

EVANS, G. A importância do ambiente físico. **Revista de Psicologia da USP**, v.16, p.47-35, 2005.

FÁVERO, M. A. B. **Trajatória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: relatos maternos**. 2005. 175 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto São Paulo, 2005.

FERREIRA, P. P. T. **A inclusão da estrutura TEACCH na educação básica**. Frutal, MG: Prospectiva, 2016. Disponível em: <<https://www.academica.org/editora.prospectiva.oficial/24.pdf>>. Acesso em 3 set. 2018.

FISCHER, M. L. **Centro de ensino e desenvolvimento do autista em Brusque- SC**. 2017. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Santa Catarina. Faculdade Federal de Santa Catarina, 2017.

FLEURY, S.; OURVENEY, M. A. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREITAS, A. B. M. de. **Corpo e percepções no espectro autista**. 2015. 150 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiania, 2015.

FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00059116.pdf>>. Acesso em 8 ago. 2018.

GIL, I. C. Territorialidade e desenvolvimento contemporâneo. **Revista Nera**, Ano 7, n. 4, 2004.

GOLEMBIEWSKI, J. A. The designed environment and how it affects brain morphology and mental health. **Health Environments Research & Design Journal**. v. 9, n. 2, p. 161-171, 2016.

GOSCH, M. C.; TISSIANI, K. Ambientação da ala pediátrica do Hospital Regional São Paulo, Xanxerê (SC). In: GAMPI PLURAL, 5., 2015, Joinville. **Anais...** Joinville: UNIVILLE, 2015. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/gamp2015/AC_T4_02.pdf>. Acesso em 2 jul. 2018.

GRANTIN, T. How people with autism think. In: SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. **Learning and cognition in autism**. New York: Springer US, 1995. p. 137-156.

GÜNTHER, H.; ELALI, G. A.; PINHEIRO, J. Q. **A abordagem multimétodos em estudos pessoa-ambiente: características, definições e implicações**. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2004. (Textos de psicologia ambiental, n. 23).

_____; _____. **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acessado em: 1 jul. 2017.

HALL, E. **A dimensão oculta**. São Paulo: M. Fontes, 1977.

HO, L. **Centro de atendimento para autismo: estudo preliminar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo, São Paulo: USP. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP, 2011.

HUMPHREY, S. Autism and architecture. **Autism London Bulletin**, p. 7-8, 2005.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Revista Nervous Child**, n. 2, p. 217-250, 1943.

KOPKO, G.. **SUS oferece linha de cuidado à pessoa com transtorno do espectro do autismo**. 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52495-sus-oferece-linha-de-cuidado-a-pessoa-com-transtorno-do-espectro-do-autismo>>. Acessado em: 19 jul. 2017.

KORNHAUSER, A.; SHEATSLEY, P. Questionários e entrevistas. In: LOUISE, H. (Org.). **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987.

KRUSER, L. Compreendendo o ambiente em psicologia ambiental. **Revista de Psicologia da USP**, v. 16, p. 41-46, 2005.

KOWALTOWSKI, D. C. **Arquitetura e humanização: Projeto. Projeto**, v. 126, p. 129-132, out. 1989.

_____. et al. Reflexão sobre metodologias de projeto arquitetônico. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 7-19, abr./jun. 2006.

LIMA, A. S. **O projeto do espaço educativo: o Kindergarten na gênese da escola contemporânea de Herman Hertzberger**. 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Universidade do Porto. Faculdade de Arquitetura do Porto. Porto, 2016.

LOTUFO, L. **Desmitificando as cores do Autismo**. São Paulo: Clube de Autores, 2008.

MARI, J. de J. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4590-4602, 2011.

MATTOS, J. C.; D'ANTINO, M. E. F.; CYSNEIROS, R. M. Tradução para o português do Brasil e adaptação cultural do Sensory Profile. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 104-120. set./dez. 2015.

MCKALLISTER, K.; LI, P. School as 'micro-city' for the autism spectrum disorder (ASD) Pupil. **SPANDREL - Journal of SPA**, v. 4. p.150-158, 2012.

MELLO, A. M. S. R. de. et al. **Retratos do autismo no Brasil**. São Paulo: AMA, 2013.

MELLO, I. C. S. de. **O uso do brincar na clínica com pacientes autistas**. 2015. 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2015.

MELO, R. G. C. de. Psicologia ambiental: uma nova abordagem da psicologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 2, n. 1-2, p. 85-103, jan. 1991. ISSN 1678-5177. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34445/37183>>. Acesso em: 23 set. 2017.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M.; CAVALCANTI, M. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 27., 2010, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2010.

MILLER, L. J. et al. Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 61, n.2, p.135-140, 2007.

MORAES, O. B. de; ABIKO, A. K. Considerações sobre a utilização de medidas de incerteza em dados de percepção do morador. In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO, **Anais...** Florianópolis, Santa Catarina, 2006a.

_____; _____. **Utilização da análise fatorial para a identificação de estruturas de interdependência de variáveis em estudos de avaliação pós-ocupação.** . In: ENCONTRO NACIONAL DE TECNOLOGIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO, **Anais...** Florianópolis, Santa Catarina, 2006b.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise de comportamento.** Brasília: Artmed, 2007.

MOSTAFA, M. An Architecture for Autism: concepts of design intervention for the autistic user. **Archnet-IJAR, International Journal of Architectural Research**, p.189-211, 2008.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB) Brasília. **Cartilha dos direitos das pessoas com autismo.** Brasília: Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa com Autismo, 2015.

ORNSTEIN, S.; RÔMERO, M. **Avaliação pós-ocupação do ambiente construído.** São Paulo: Studio Nobel: EDUSP, 1992.

_____. BRUNA, G.; ROMÉRO, M. **Ambiente construído e comportamento: a avaliação pós-ocupação e a qualidade ambiental.** São Paulo: Nobel: FAUUSP: FUPAM, 1995.

OWEN, C. et al. **Design across the spectrum: play spaces.** University of Tasmania, 2016.

PINHEIRO, J. Q.; ELALI, G. V. M. A. Comportamento socioespacial humano. In: CAVALCANTE, S.; ELALI, G. A. (Org.). **Temas básicos em psicologia ambiental.** Petrópolis: Vozes, 2011, p.144-158.

PLIMLEY, L. Analysis of a student task to create an autism-friendly living environment. **Good Autism Practice**, v. 5, n. 2, p.35-41, 2004.

PREISER, W. F. E.; RABINOWITZ, H. Z.; WHITE, E. T. **Post-occupancy evaluation.** New York: Van N. Reinhold, 1988.

REIS, A. T.; LAY, M. C. D. **Métodos e técnicas para levantamento de campo e análise de dados: questões gerais.** In: WORKSHOP AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO, 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ANTAC, 1994.

REIS, E. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões.** In: Org: FÁVERO, L. P. et al. (Org.) Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RIZZINI, I. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília, DF, 2005.

SILVA, A. B. da; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 23, n. 3, 2015.

SILVA, A. J. G.. **A arquitetura a serviço do tratamento da criança autista**: avaliação e recomendações para o Espaço TRATE Autismo Arapiraca. 2016. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, 2016.

SILVA, L. C. **Diretrizes para a arquitetura hospitalar pós-reforma psiquiátrica sob o olhar da Psicologia Ambiental**. 2008. 198 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVA, R. de P. G. da. **O diagnóstico de autismo**: impasses e desafios na transmissão à família. Recife, 2013. p. 19-30,.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. Trad. João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. 11. ed. São Paulo: M. Fontes, 2003.

SOUZA, A. C. de. **Famílias de crianças autistas**: compreendendo a participação e os desafios por meio do olhar paterno. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

TAMANAHARA, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. **Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do autismo infantil e da síndrome de Asperger**. São Paulo, 2008. p. 297-299.

TENÓRIO, F. **A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais**: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, 2002.

TUAN, Y-F. **Espaço e lugar**: a perspectiva da experiência. São Paulo: Difel, 1983.

ULRICH, R. **How design impacts wellness**. **The Healthcare Forum journal**, v. 35. p. 20-25, 1992.

_____; ZIMRING, C. **The role of the physical environment in the hospital of the 21st century**: a once-in-a-lifetime opportunity. Texas: The Center for Health Design, 2004.

VIECELI, A. P. **Lugares da loucura**: arquitetura e cidade no encontro da diferença. 2014. 299f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

VOGEL, C. L. **Classroom design for living and learning with autism**. 2008. Disponível em: <http://www.designshare.com/index.php/articles/classroom_autism/>. Acesso em: 4 maio 2018.

WHITEHURST, T. **Evaluation of features specific to an ASD designed living accommodation**. In: _____. **Designing living & learning environments for children with autism**. Clent: Sunfield, 2006.

WHITEHURST, T. The impact of building design on children with autistic spectrum disorders. **Good Autism Practice**, v. 7, n.1, p. 31-42, 2006.

XIMENES, M. O desafio da abordagem multidisciplinar no tratamento da pessoa com autismo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE AUTISMO, 9., 2013, Maceió. **Anais...** Maceió, 2013.

ZIMRING, C. Postoccupancy evaluation: issues and implementation. In: _____. **Handbook of environmental psychology**. New York: J. Wiley & Sons, 2002. p.306-319.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA ESTRUTURADA PROFISSIONAIS

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS

APÊNDICE C – CLASSIFICAÇÃO DE IMAGENS/JOGO DAS IMAGENS

APÊNDICE D – IMAGENS SELECIONADAS

APÊNDICE E – FICHAS DE INFORMAÇÕES DOS AMBIENTES DA INSTITUIÇÃO

APÊNDICE F – TCLE PAIS E RESPONSÁVEIS

APÊNDICE G – TCLE PROFISSIONAIS

APÊNDICE A – ENTREVISTA ESTRUTURADA PROFISSIONAIS

Esta pesquisa tem como objetivo principal identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração para tornar o ambiente um facilitador às atividades desenvolvidas em centros assistenciais ao autismo infantil em Alagoas. Espera-se através desta identificação, orientar a aplicação de recomendações projetuais que facilitem o tratamento e promovam o bem-estar de seus usuários.

(Pesquisadora responsável: Anny Jessyca Garcia Silva – Depto. Arquitetura, UFAL)

Instituição: _____ Data: ___/___/_____ Entrevista nº: ___ Início: _____ Término: _____ Idade: ___ Sexo: ___ Profissão: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____ Turno de trabalho: _____ Trabalha no ambiente: _____

1. Descreva a rotina diária de atividades dos pacientes da instituição.

2. Você considera que algumas crianças com autismo possuem uma sensibilidade maior ou diferenciada em relação ao ambiente? Como isso reflete no comportamento delas?

3. Quais aspectos do ambiente mais distraem as crianças na realização de atividades?

4. Sabe-se que nenhuma criança com autismo é igual a outra, apresentando diferentes necessidades em relação ao espaço físico, sendo assim, quais as principais recomendações relativas ao ambiente que atende grande maioria dos casos?

5. Deveria existir outros ambientes na instituição? Quais?

6. Quais são os ambientes mais utilizados e os menos utilizados na instituição? Seus tamanhos estão adequados?

7. Quais as recomendações com relação ao mobiliário? Você sente falta de algum móvel ou equipamento?

8. O que você acha das cores e materiais utilizados no piso, parede e teto da instituição?

9. Você considera que os ambientes estão bem distribuídos? Está satisfeito(a) com os fluxos/caminhos da edificação?

10. Você considera que o entorno (rua, bairro) é favorável para a localização do edifício?

11. Você considera esta instituição um ambiente acolhedor? Sabe dizer por quais motivos?

12. Qual alteração você realizaria de imediato na instituição?

13. Em relação ao espaço da instituição, você considera:

ITEM	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Localização					
Tamanho					
Mobiliário					
Privacidade					
Tranquilidade					
Convivência					
Segurança					
Iluminação					
Ruído					
Ventilação					
Materiais e acabamentos (piso, parede e teto)					
Aparência					
Apoio = copa					
Apoio = banheiro					

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS

Esta pesquisa tem como objetivo principal identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração para tornar o ambiente um facilitador às atividades desenvolvidas em centros assistenciais ao autismo infantil em Alagoas. Espera-se através desta identificação, orientar a aplicação de recomendações projetuais que facilitem o tratamento e promovam o bem-estar de seus usuários.

(Pesquisadora responsável: Anny Jessyca Garcia Silva – Depto. Arquitetura, UFAL)

Instituição: _____ Data: ___/___/_____

1. Sobre o respondente:

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos

Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental Completo
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio Completo
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior Completo

Tipo de transporte para vir até a instituição: () carro () a pé () moto () ônibus () outro: _____

2. Sobre sua relação com a instituição: () mãe () pai () responsável

Número de filhos que são atendidos pela instituição: () 1 () 2 () 3 () mais de 3

Quantidade de anos que seu filho frequenta a instituição: () até 6 meses () 1 () 2 anos () + de 2 anos

Período que seu filho frequenta a instituição: () pela manhã () pela tarde () os dois horários

Quantidade de vezes por semana que frequenta a instituição: () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () + de 3 vezes

Você frequenta as reuniões e outras atividades desenvolvidas pela instituição: () sim () não

3. Utilizando a numeração 1, 2 e 3 enumere em ordem de importância os três principais aspectos que você considerou ao optar pela instituição:

<input type="text"/>	Amizade com a equipe de profissionais
<input type="text"/>	Quantidade de profissionais
<input type="text"/>	Indicação de parentes/amigos
<input type="text"/>	Abordagem de tratamento adotada
<input type="text"/>	Quantidade de terapias oferecidas
<input type="text"/>	Proximidade da sua residência
<input type="text"/>	Espaço físico da instituição
<input type="text"/>	Quantidade de equipamentos
<input type="text"/>	Ausência de mensalidade
<input type="text"/>	Ausência de outras instituições
<input type="text"/>	Assistência prestada aos pais
<input type="text"/>	Outros, quais?

4. Indique 3 aspectos do **ambiente físico** da instituição que você considere **positivo**:

1º
2º
3º

5. Indique 3 aspectos do **ambiente físico** da instituição que você considere **negativo**:

1º
2º
3º

6. Avalie a instituição como um todo em função dos itens a seguir:

ITEM	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Localização em relação a cidade					
Tamanho da instituição					
Estacionamento					
Segurança contra roubos					
Segurança contra incêndios					
Segurança contra acidentes					
Aparência externa					
Aparência interna					
Uso de cores					
Uso de imagens para sinalização de ambientes					
Limpeza					
Conforto no verão					
Conforto no inverno					
Iluminação dos corredores					
Iluminação das salas					
Ventilação dos corredores					
Ventilação das salas					
Interferência de ruído interno (dentro das salas)					
Interferência de ruído externo (corredores, recepção)					
Acesso a pessoas com deficiência					
Localização do Playground (parquinho)					
Brinquedos do playground					
Quantidade de área livre para realização de atividades externas					
Arborização, vegetação					
Dimensão da recepção					
Aparência da recepção					
Dimensão das salas					
Aparência das salas					
Quantidade do mobiliário					
Qualidade do mobiliário					
Dimensão da cozinha					
Equipamentos da cozinha					
Segurança na cozinha					
Material das paredes					
Material do piso					
Esquadrias (portas e janelas)					
Quantidade de banheiros					
Qualidade dos banheiros					

7. Dentre os ambientes da instituição qual **você** mais gosta? Por quê?

8. Dentre os ambientes da instituição qual o seu **filho** mais gosta?

9. Sente falta de algum ambiente, qual?

10. O que deveria ser modificado na instituição para torná-la mais adequada às crianças?

11. Ao observar seu filho e a relação com o espaço físico você considera que:

Aspectos do ambiente	Gosta	Não gosta	Indiferente
Uso de muitas cores			
Uso de cores muito fortes			
Uso de poucas cores			
Uso de cores claras			
Uso de muitos desenhos nas paredes			
Uso de poucos desenhos nas paredes			
Materiais gelados			
Materiais quentes			
Materiais brilhosos			
Ambientes frios			
Ambientes quentes			
Muita iluminação			
Pouca iluminação			
Odores leves			
Odores fortes			
Pequenos ruídos			
Grandes ruídos			
Muitos móveis			
Pouco móveis			
Móveis com muitos detalhes			
Móveis com poucos detalhes			
Alteração na disposição dos móveis			
Locais com muitos ruídos			
Locais com poucos ruídos			

APÊNDICE C – CLASSIFICAÇÃO DE IMAGENS/JOGO DAS IMAGENS

Esta pesquisa tem como objetivo principal identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração para tornar o ambiente um facilitador às atividades desenvolvidas em centros assistenciais ao autismo infantil em Alagoas. Espera-se através desta identificação, orientar a aplicação de recomendações projetuais que facilitem o tratamento e promovam o bem-estar de seus usuários.

(Pesquisadora responsável: Anny Jessyca Garcia Silva – Depto. Arquitetura, UFAL)

ROTEIRO PARA JOGO DE IMAGENS

Instituição: _____ Data: ___/___/___

1. Sobre o participante:

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos

Categoria do usuário: () pai/mãe ou responsável () funcionário _____ (especificar função)

Quantidade de anos que frequenta a instituição: () até 6 meses () 1 () 2 anos () + de 2 anos

Frequenta a instituição: () pela manhã () à tarde () ambos

Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Fundamental Completo
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Médio Completo
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior Incompleto
<input type="checkbox"/>	Ensino Superior Completo

2. Dispor aleatoriamente as imagens sobre superfície da mesa, após aguardar alguns minutos para reconhecimento inicial das imagens (as imagens não apresentarão nenhuma descrição, apenas enumeradas para controle de dados) solicitar ao participante que ele selecione 5 imagens que mais caracterizem um estabelecimento assistencial ao autismo. Em seguida, solicitar que ordene as 5 imagens em ordem crescente as imagens selecionadas em ordem de importância do atendimento das crianças (sendo o 1 o ambiente mais solicitado e 5 o ambiente menos solicitado). Preencher abaixo com o número da imagem:

Imagem Nº _____	Imagem Nº _____	Imagem Nº _____	Imagem Nº _____	Imagem Nº _____
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

3. Considerando uma ambiência adequada a criança com autismo e suas especificidades, recomendar:










Ambiente		Número da imagem	Aspectos que o fizeram escolher tal imagem
1	Uma imagem que represente uma sala de espera/recepção adequada para uso de pais, crianças e profissionais.		
2	Um local adequado para realização da terapia sensorial.		

	Ambiente	Número da imagem	Aspectos que o fizeram escolher tal imagem
3	Sala de atendimento terapêutico infantil individual.		
4	Sala para reabilitação física		
5	Sala de terapia ocupacional.		
6	Um local adequado que proporcione relaxamento e lazer nos momentos em que a criança não estiver em atendimento.		
7	Sala de avaliação individual.		
8	Sala de fonoaudiologia		
9	Corredor		
10	A fachada que você considera mais agradável.		

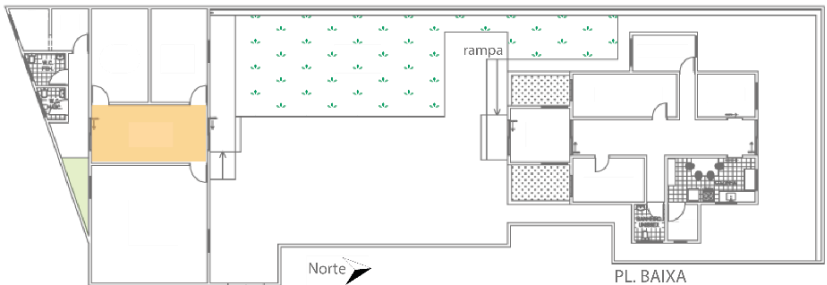
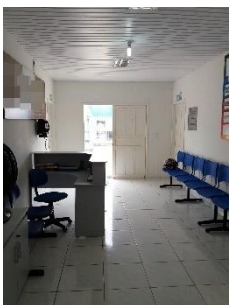
APÊNDICE D - IMAGENS SELECIONADAS

<p style="text-align: center;">IMAGEM 1</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 2</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 3</p> 
<p>Fonte: http://www.toddlerfitness.com/EVR-WWEEKIDZCHALLENGE-WeeKidz-Challenge-Course-p/evr-wwweekidzchallenge.htm</p>	<p>Fonte: https://i.pinimg.com/originals/aa/40/7e/aa407e75ab4ce31925be6c65128f706d.jpg</p>	<p>Fonte: Secom Secretaria da Saúde, Bahia 2016</p>
<p style="text-align: center;">IMAGEM 4</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 5</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 6</p> 
<p>Fonte: http://aslanpediatrictherapy.com/2014/02/21/virtual-tour-of-our-clinic/</p>	<p>Fonte: http://www.dibel.com.br/site/</p>	<p>Fonte: http://aslanpediatrictherapy.com/2014/02/21/virtual-tour-of-our-clinic/</p>
<p style="text-align: center;">IMAGEM 7</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 8</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 9</p> 
<p>Fonte: http://www.willtay.com.br/</p>	<p>Fonte: http://cargocollective.com/naramaitredesigneestampas/Consultorio-Pediatrico</p>	<p>Fonte: http://www.equilybra.com.br/</p>

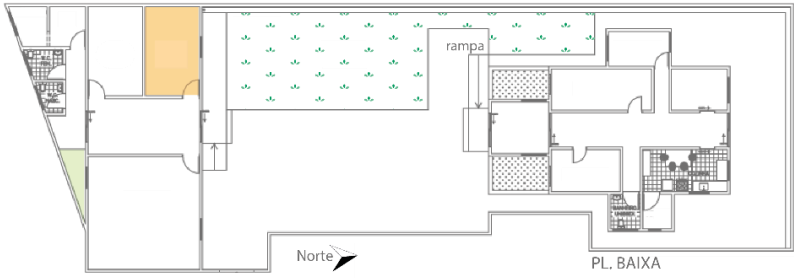

<p align="center">IMAGEM 28</p> 	<p align="center">IMAGEM 29</p> 	<p align="center">IMAGEM 30</p> 
<p>Fonte: http://arquitetura.com.br/projetos/parque-wi-co.com.br/conteudo.php?pagina=Estetiva</p>	<p>Fonte: http://www.jornada.unam.mx/http://fgarobertaangelorj.wixsite.com/consultaprofesionero</p>	<p>Fonte: https://www.competitionline.com/entry-interests/entry/34888</p>
<p align="center">IMAGEM 31</p> 	<p align="center">IMAGEM 32</p> 	<p align="center">IMAGEM 33 IMAGEM 15</p> 
<p>Fonte: http://www.deconques.com/interiorismo-para-criancas</p>	<p>Fonte: http://www.vipfesta.net.br/2016/04/ariel-nielsen-de-recursos-promotion-drwessunfield-a4-booklet-dwg-proposed-1</p>	<p>Fonte: http://www.archdaily.com.br/774261/interiores-de-no-shiro</p>
<p align="center">IMAGEM 16</p> 	<p align="center">IMAGEM 17</p> 	<p align="center">IMAGEM 18</p> 
<p>Fonte: http://www.deconques.com/interiorismo-para-criancas</p>	<p>Fonte: http://www.vipfesta.net.br/2016/04/ariel-nielsen-de-recursos-promotion-drwessunfield-a4-booklet-dwg-proposed-1</p>	<p>Fonte: http://www.archdaily.com.br/774261/interiores-de-no-shiro</p>
<p align="center">IMAGEM 19</p> 	<p align="center">IMAGEM 20</p> 	<p align="center">IMAGEM 21</p> 
<p>Fonte: http://www.architecturelist.com/2013/05/08/groupe-scolaire-pasteur-by-r2k-architectes/</p>	<p>Fonte: http://boom.cocontest.com/post/98219619489</p>	<p>Fonte: http://www.vonm.de/architektur/projekte/kindergarten/</p>

<p style="text-align: center;">IMAGEM 19</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 20</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 21</p> 
<p>Fonte: www.corporatecare.com</p>	<p>Fonte: http://www.sordomadaleño.com/ma/es/projects/childrens-rehabilitation-centers-teleton/</p>	<p>Fonte: http://www.archdaily.com/439396/nemours-children-s-hospital-stanley-beaman-and-sears</p>
<p style="text-align: center;">IMAGEM 22</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 23</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 24</p> 
<p>Fonte: http://www.unimedjp.com.br/nas-sul/</p>	<p>Fonte: http://www.archdaily.com.br/br/01-82389/clinica-dentaria-slash-mmvarquitecto</p>	<p>Fonte: http://anovainfancia.blogspot.com.br/2011/</p>
<p style="text-align: center;">IMAGEM 25</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 26</p> 	<p style="text-align: center;">IMAGEM 27</p> 
<p>Fonte: https://www.competitionline.com/en/projects/54671</p>	<p>Fonte: http://www.leiladionizio.com.br/pr-ojetos/arquitetura-comercial/brinquedoteca/</p>	<p>Fonte: https://www.turbosquid.com/3d-models/wooden-playground-3d-obj/677499</p>

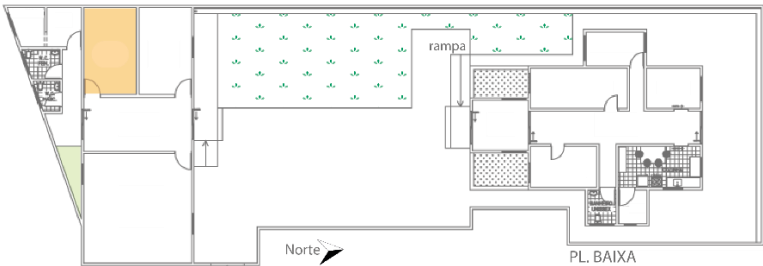

APÊNDICE E – FICHAS DE INFORMAÇÕES DOS AMBIENTES DA INSTITUIÇÃO

Recepção/Espera	
Função/Características	Primeiro ambiente ao entrar na instituição, destina-se a espera e abrigo de pais, pacientes e visitantes. Pode ser observado que as crianças preferem esperar na área externa ou no parquinho.
Conforto Ambiental	As lâmpadas fluorescentes sempre ficam ligadas, pois a porta principal é mantida fechada devido ao uso do ar condicionado. O ambiente não possui janelas. A porta que dá acesso à área de uso da equipe profissional também permanece fechada, o que reduz significativamente a entrada de ar no ambiente. Os painéis nas paredes mostram as pessoas que ajudaram na construção do centro (acima do balcão) e outro com os patrocinadores (acima das cadeiras). Também há um painel com data de inauguração do estabelecimento, prefeito vigente no momento e nome das idealizadoras.
Segurança	Pelo fato do espaço Tetris estar inserido no mesmo terreno de outros estabelecimentos com público diferente, já ocorreu episódios onde adolescentes invadiram o espaço e destruíram um pequeno jardim próximo a recepção.
Acessibilidade	A rampa localizada na entrada principal dá acesso à instituição. A dimensão das aberturas das portas está de acordo com a norma de acessibilidade. As salas são identificadas através de placas informativas.
Dimensão/Área	Este ambiente possui a dimensão de 3,23× 6,48m. Devido à localização de portas e dimensão do ambiente o layout não pode sofrer grandes ajustes.
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: bebedouro, televisão, um aparelho de ar condicionado. Mobiliário: balcão em madeira, 10 cadeiras de espera.
Localização na planta e fotos	 

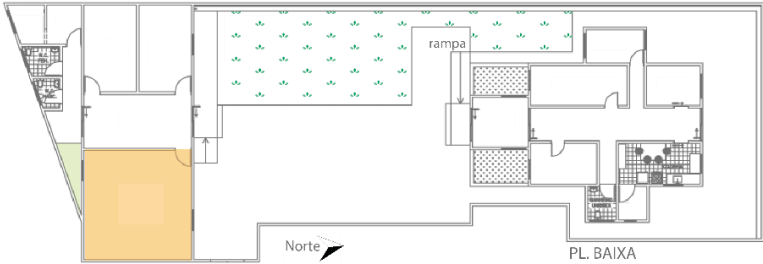

Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Psicologia 01	
Função/Características	Nessa sala são realizados atendimentos individuais ou em grupo de no máximo 03 crianças. Os atendimentos focam em reabilitação cognitiva, treino de comportamento, incluindo atividades lúdicas. Também são realizadas reuniões semanais com mães e pais.
Conforto Ambiental	A sala possui uma janela que sempre fica fechada para não distrair as crianças em atendimento. Assim a iluminação artificial é sempre a utilizada. Sem entrada de ventilação, o ar condicionado é mantido ligado.
Segurança	A sala não oferece riscos aos seus usuários.
Acessibilidade	O dimensionamento da abertura da porta possibilita a acessibilidade de pessoas em cadeiras de rodas.
Dimensão/Área	3,17× 5,20m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: aparelho de ar condicionado. Quando o profissional necessita de material de apoio lúdico ou mobiliário o mesmo se encarrega de pegá-los em outras salas ou no almoxarifado.
Localização na planta e fotos	 

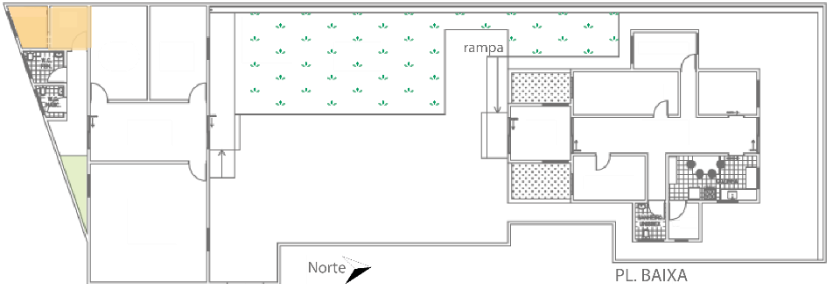

Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Psicologia 02	
Função/Características	Nessa sala são realizados atendimentos individuais ou em grupo de no máximo 03 crianças. Os atendimentos focam em reabilitação cognitiva, treino de comportamento, incluindo atividades lúdicas.
Conforto Ambiental	A sala não possui janelas. Assim a iluminação artificial é sempre a utilizada. Sem entrada de ventilação, o ar condicionado é mantido sempre ligado.
Segurança	A sala não oferece riscos aos seus usuários.
Acessibilidade	O dimensionamento da abertura da porta possibilita a acessibilidade de pessoas em cadeiras de rodas.
Dimensão/Área	3,17× 5,20m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: aparelho de ar condicionado. Quando o profissional necessita de material de apoio lúdico ou mobiliário o mesmo se encarrega de pegá-los em outras salas ou no almoxarifado.
Localização na planta e fotos	 

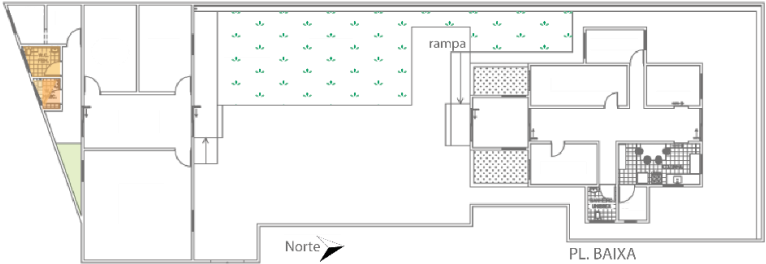


Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Integração Sensorial	
Função/Características	Nessa sala é possibilitada a reabilitação e reintegração sensorial. Tem atendimentos individuais ou com até 04 crianças. Durante o tratamento é recomendado que a criança seja mais ativa possível.
Conforto Ambiental	A sala possui 02 janelas, porém são mantidas fechadas em horário de atendimento. A sala não apresenta desconforto térmico devido a quantidade de aparelhos de refrigeração.
Segurança	A sala não oferece riscos aos seus usuários quando em supervisão pelos profissionais.
Acessibilidade	O dimensionamento da abertura da porta possibilita a acessibilidade de pessoas em cadeiras de rodas. O espaço é amplo possibilitando a circulação entre os equipamentos.
Dimensão/Área	6,55× 6,48m
Equipamento/Mobiliário	A sala possui 03 aparelhos de ar condicionado. Na sala existem diversos equipamentos entre móveis e fixos: piscina de bolinhas, bambolês, tábuas de equilíbrio, bolas, rolos, colchões, colchonetes, tapetes e materiais com diferentes texturas e cores. Na estrutura, duas vigas metálicas sustentam equipamentos fixos em balanço: disco de flexão, plataforma swing, trapézio, rolo suspenso com pés e rede de equilíbrio.
Localização na planta e fotos	 

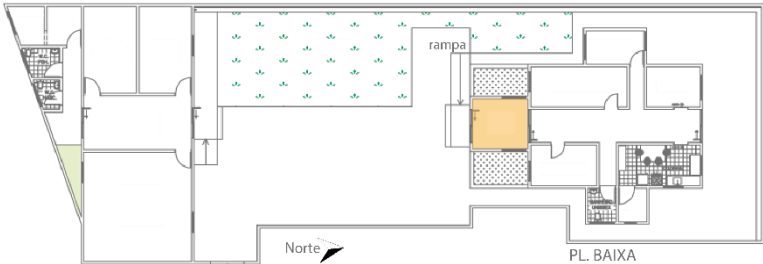

Fonte: Da Autora, 2017.

Almoxarifado	
Função/Características	Sala de uso restrito aos profissionais da instituição. Nesta sala são guardados materiais lúdicos utilizados em terapias. Também são guardados provisoriamente equipamentos diversos. Anteriormente era utilizado como sala de preparação de atividades pelas profissionais, mas devido a umidade e o mofo não a utilizam mais.
Conforto Ambiental	A sala possui janelas que permanecem fechadas. Como se trata de uma sala de curta permanência considerou-se a iluminação o aspecto de maior interesse. A iluminação artificial supre as necessidades.
Segurança	A sala possui fiação aparente que pode ocasionar incêndio, por exemplo.
Acessibilidade	O dimensionamento da abertura da porta possibilita a passagem de pessoas em cadeiras de rodas, porém a reduzida dimensão não possibilita a circulação e nem o giro da cadeira de rodas.
Dimensão/Área	10m ² . A área é pequena para a demanda de armazenamento de jogos e materiais terapêuticos.
Equipamento/Mobiliário	A sala possui estantes de aço que se encontram danificadas por excesso de peso.
Localização na planta e fotos	 

Fonte: Da Autora, 2017.

Banheiros feminino e masculino	
Função/Características	Atualmente o banheiro masculino funciona como banheiro dos funcionários e o feminino é usado por pacientes e acompanhantes
Conforto Ambiental	Por se tratar de um ambiente de curta permanência foi considerado somente a iluminação, sendo satisfatória quando as janelas permanecem abertas.
Segurança	Os espelhos foram retirados, assim como objetos soltos e materiais de limpeza para prevenir acidentes.
Acessibilidade	Os banheiros possuem tamanho que permite o giro da cadeira de rodas além de acompanhante, porém está sem barras de apoio.
Dimensão/Área	1,77× 2,30m (banheiro masculino) 1,62× 1,78m (banheiro feminino)
Equipamento/Mobiliário	Equipamento: bacia sanitária e pia.
Localização na planta e fotos	  

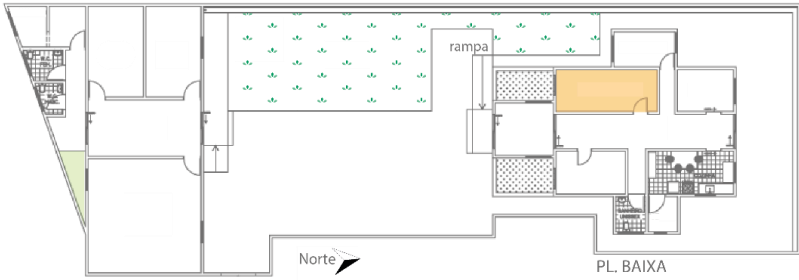

Fonte: Da Autora, 2017.

Recepção/Espera	
Função/Características	Recepção/espera de pais e visitantes, como a outra recepção é mais usada, esta funciona mais como uma área de transição ou espaço de convivência.
Conforto Ambiental	Possui 02 janelas com perfil de alumínio com vidro adesivado que permanecem fechadas devido a incidência solar. Novamente o uso de ar condicionado é usado para suprir a falta de ventilação do ambiente. O ambiente apresenta iluminação natural satisfatória, sendo apenas complementada ao final da tarde com iluminação artificial.
Segurança	Algumas janelas se encontram com vidros quebrados devido a ataques de agressividade de crianças com grau mais severo de autismo.
Acessibilidade	Possibilita o acesso de pessoas em cadeiras de rodas.
Dimensão/Área	3,0 × 3,5m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: Aparelho de ar condicionado e telefone fixo. Mobiliário: sofá 02 lugares, mesa com cadeira para recepcionista e 01 cadeira para visitante.
Localização na planta e fotos	 <p>Localização na planta e fotos</p> 

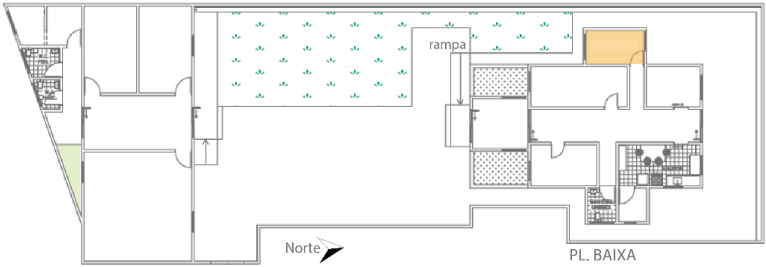

Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Fonoaudiologia	
Função/Características	Sala para intervenção pelo fonoaudiólogo para melhoramento do comportamento, desenvolvimento da linguagem e comunicação (verbal ou não verbal). Os atendimentos são individuais, eventualmente esta sala pode ser utilizada por psicóloga para atendimento.
Conforto Ambiental	Possui 01 janela com perfil de alumínio com vidro adesivado que permanece fechada devido a incidência solar. Novamente o uso de ar condicionado é usado para suprir a falta de ventilação do ambiente. O ambiente apresenta iluminação natural satisfatória.
Segurança	Não oferece riscos aos seus usuários.
Acessibilidade	Possibilita o acesso e circulação de pessoas em cadeiras de rodas.
Dimensão/Área	2,45 × 3,9m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: Aparelho de ar condicionado. Mobiliário: mesa com cadeira infantis e 01 armário para material.
Localização na planta e fotos	 

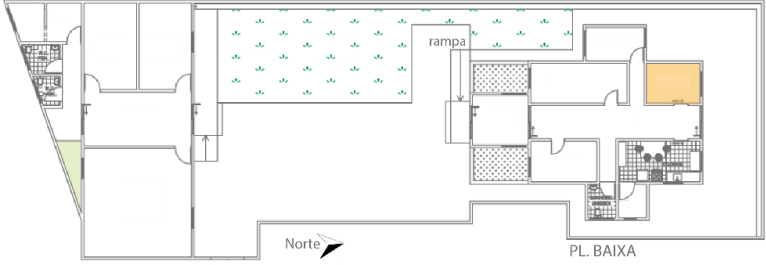

Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	
Função/Características	Sala de atendimento individual onde o profissional trabalha para desenvolver habilidades para a escrita, habilidades motoras finas e habilidades da vida diária.
Conforto Ambiental	Possui 01 janela com perfil de alumínio com vidro adesivado que permanece fechada devido a incidência solar. Novamente o uso de ar condicionado é usado para suprir a falta de ventilação do ambiente. O ambiente apresenta iluminação natural satisfatória.
Segurança	Não oferece riscos aos seus usuários.
Acessibilidade	Possibilita a entrada de pessoas em cadeiras de rodas, mas não permite sua circulação na sala.
Dimensão/Área	2,40 × 5,8m. A dimensão da sala é insuficiente para o tamanho dos equipamentos que dispõe.
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: Aparelho de ar condicionado. Mobiliário: mesa e cadeira, tablado (tatame de pé) e trampolim (pula-pula).
Localização na planta e fotos	 

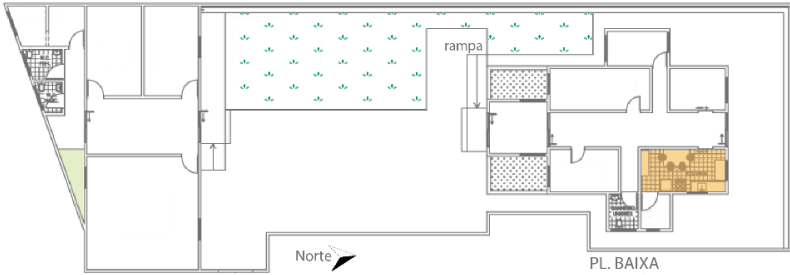

Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Avaliação	
Função/Características	Sala de atendimento individual onde o profissional realiza uma avaliação das funções cognitivas, emocionais e comportamentais. Sala usada pelo neuropediatra para atendimento às famílias.
Conforto Ambiental	Possui 02 janelas com perfil de alumínio com vidro adesivado que permanece fechada devido a incidência solar. Novamente o uso de ar condicionado é usado para suprir a falta de ventilação do ambiente. O ambiente apresenta iluminação natural satisfatória.
Segurança	Não oferece riscos aos seus usuários.
Acessibilidade	O corredor que dá acesso à sala é estreito, possibilitando um único movimento unidirecional de pessoas com mobilidade reduzida, a dimensão da porta possibilita a entrada de pessoas em cadeiras de rodas e o espaço interno possibilita o gira da cadeira.
Dimensão/Área	2,02 × 3,5m.
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: Aparelho de ar condicionado, computador, impressora. Mobiliário: mesa, 02 cadeiras e 01 pequeno armário.
Localização na planta e fotos	 

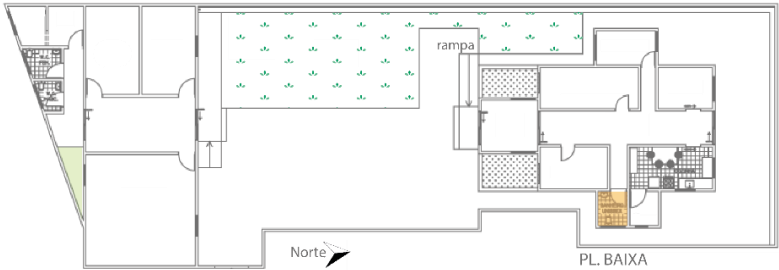

Fonte: Da Autora, 2017.

Sala de Assistência Social e Administração	
Função/Características	Esta sala possui diferentes usos. É utilizada como administração para armazenamento de arquivos e recebe famílias para assistência social.
Conforto Ambiental	Possui 01 janela com perfil de alumínio com vidro adesivado que permanece fechada devido a incidência solar, é percebido o ofuscamento que a janela promove na área de trabalho. Novamente o uso de ar condicionado é usado para suprir a falta de ventilação do ambiente.
Segurança	Não oferece riscos aos seus usuários.
Acessibilidade	A dimensão da abertura da porta possibilita o acesso a pessoas com algum tipo de deficiência física, porém o espaço útil é insatisfatório para mobilidade.
Dimensão/Área	2,40× 3,22m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: Aparelho de ar condicionado, computador, impressora. Mobiliário: mesa, 03 cadeiras, sofá 02 lugares e 01 pequeno armário.
Localização na planta e fotos	 

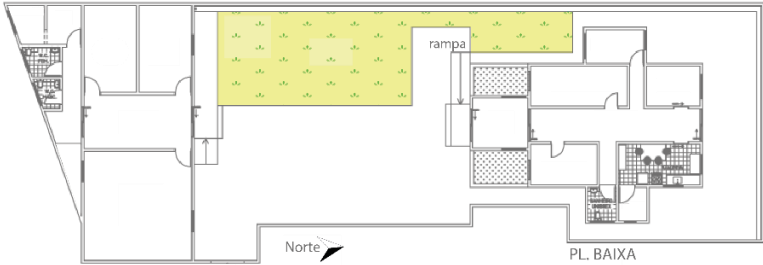

Fonte: Da Autora, 2017.

Cozinha	
Função/Características	A cozinha funciona como copa para funcionários, como também são realizadas Atividades de vida diária – AVD. As atividades de vida diária, ou seja, ensinar a criança a ter autonomia em tarefas do dia a dia, podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupos de no máximo 04 crianças. A cozinha também funciona como ambiente de descanso pelas profissionais.
Conforto Ambiental	Possui 02 janelas com perfil de alumínio com vidro adesivado.
Segurança	Pode oferecer grandes riscos as crianças como, queimaduras e ferimentos.
Acessibilidade	A dimensão da abertura da porta possibilita o acesso a pessoas com algum tipo de deficiência física, porém o espaço útil é insatisfatório para mobilidade.
Dimensão/Área	2,45 × 4,9m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: fogão, pia, geladeira, bebedouro, micro-ondas e utensílios de cozinha. Mobiliário: armário e mesa com 04 cadeiras.
Localização na planta e fotos	 <p>PL. BAIXA</p> 

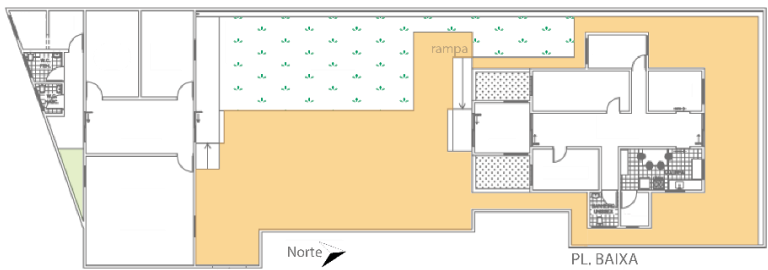

Fonte: Da Autora, 2017.

Banheiro unissex	
Função/Características	Banheiro unissex usado por todos usuários do centro.
Conforto Ambiental	Possui janela alta que possibilita a preferência por iluminação natural. A orientação do banheiro e consequentemente a janela, faz com que o odor fique concentrado no estreito corredor.
Segurança	Os banheiros não possuem espelhos nem objetos soltos.
Acessibilidade	O corredor que dá acesso ao banheiro é estreito, só possibilitando um fluxo unidirecional. O banheiro possui tamanho que permite o giro da cadeira de rodas além de acompanhante, porém está sem barras de apoio.
Dimensão/Área	1,7 × 2,0m
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: bacia sanitária e pia.
Localização na planta e fotos	 

Fonte: Da Autora, 2017.

Playground	
Função/Características	Espaço destinado a recreação infantil.
Conforto Ambiental	Recebe grande incidência solar durante a tarde, muitas vezes, impossibilitando seu uso.
Segurança	Pelo tempo de uso dos equipamentos e pouca manutenção, os mesmos apresentam sinais de desgaste, como ferrugem e parafusos frouxos.
Acessibilidade	Não existe equipamentos que possibilitem crianças com deficiência física brincarem.
Dimensão/Área	Aproximadamente 89m ²
Equipamento/Mobiliário	Equipamentos: casinha de madeira, balanço, gangorra (quebrada).
Localização na planta e fotos	 

Fonte: Da Autora, 2017.

Área externa de convivência	
Função/Características	Espaço para desenvolvimento de atividades ao ar livre. Espaço sem proteção contra a incidência solar e chuva, impossibilitando o uso em tais condições.
Conforto Ambiental	Espaço com pouquíssima sombra possibilitada pelo edifício vizinho. Outro fato que agrava o quadro é a aridez do espaço, com pouquíssima vegetação e a ausência de árvores que proporcionem sombras. Quanto a permeabilidade do espaço é quase nula, em períodos chuvosos, o lixo é trazido junto com a água.
Segurança	O portão de acesso sempre permanece fechado para evitar fugas por parte das crianças. Apresenta poucos riscos, mas a pavimentação não é a mais adequada para espaços externos de uso infantil.
Acessibilidade	A mobilidade de pessoas em cadeiras de rodas é possível em toda área externa, mas a falta de sinalização tátil pode dificultar a localização de deficientes visuais.
Dimensão/Área	Aproximadamente 226m ² .
Equipamento/Mobiliário	Não dispõe de equipamentos.
Localização na planta e fotos	 

Fonte: Da Autora, 2017.

APÊNDICE F – TCLE PAIS OU RESPONSÁVEIS

1/2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) para questionário com pais ou responsáveis

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **O espaço do desenvolvimento da criança autista: avaliação pós-ocupação em centros assistenciais ao autismo em Alagoas** da mestranda Anny Jessyca Garcia Silva sob orientação do professor Dr. Odair Barbosa de Moraes. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

Justificativa e objetivo

A presente pesquisa tem como objetivo principal identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração com a finalidade de tornar o ambiente um facilitador às atividades desenvolvidas em centros assistenciais ao autismo infantil em Alagoas. Espera-se, através desta identificação, orientar a aplicação de recomendações projetuais que facilitem o tratamento e promovam o bem-estar de seus usuários. Este estudo é importante pois pode contribuir para o debate acerca a concepção de espaços que ofereçam serviços de apoio a pessoa autista, considerando seus usuários e especificidades. Espera-se identificar os aspectos positivos e negativos desses espaços, entender seus diferentes usos, atividades e estratégias de adequação espacial.

Procedimentos

Aceitando a participar desta pesquisa, você responderá um questionário com algumas perguntas referente a avaliação do espaço da instituição e participará de jogo das imagens. A duração mínima estimada é de aproximadamente 20 minutos para o questionário e de aproximadamente 15 minutos para o jogo das imagens. Sua participação é de extrema importância para compreensão do objeto estudado.

É importante ressaltar que o procedimento adotado, apesar de mínimos, oferece riscos ao participante, como fadiga, inibição, constrangimento, receio da quebra de sigilo. Para evitar tais riscos, o participante pode responder em local que considere mais apropriado, podendo levar o questionário para casa. O participante pode a qualquer momento recusar a responder as perguntas que ocasionem mal-estar de qualquer natureza. Para assegurar o anonimato dos participantes, estes não terão seus nomes escritos nos documentos. O participante é livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

A coleta de dados será realizada em maio 2018.

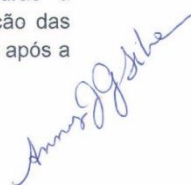
Benefícios

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, estão relacionados a melhoria da compreensão do espaço arquitetônico destinado ao tratamento de crianças com autismo.

Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Sigilo e privacidade

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a



2/2

sua autorização. Seu nome não será citado. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal). Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Contato

A pesquisadora e sua equipe agradecem a gentil e voluntária colaboração para o avanço desta pesquisa e se encontram à disposição para quaisquer esclarecimentos presentes e futuros. Seguem as informações para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis:

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

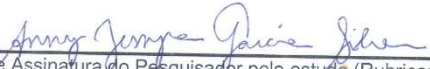
Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970.

Telefones p/contato:

Email: anny.jgs@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	 Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Data: ___/___/___

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
 Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

APÊNDICE G – TCLE PROFISSIONAIS

1/2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) para entrevista com profissionais

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **O espaço do desenvolvimento da criança autista: avaliação pós-ocupação em centros assistenciais ao autismo em Alagoas** da mestranda Anny Jessyca Garcia Silva sob orientação do professor Dr. Odair Barbosa de Moraes. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

Justificativa e objetivo

A presente pesquisa tem como objetivo principal identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração com a finalidade de tornar o ambiente um facilitador às atividades desenvolvidas em centros assistenciais ao autismo infantil em Alagoas. Espera-se, através desta identificação, orientar a aplicação de recomendações projetuais que facilitem o tratamento e promovam o bem-estar de seus usuários. Este estudo é importante pois pode contribuir para o debate acerca a concepção de espaços que ofertem serviços de apoio a pessoa autista, considerando seus usuários e especificidades. Espera-se identificar os aspectos positivos e negativos desses espaços, entender seus diferentes usos, atividades e estratégias de adequação espacial.

Procedimentos

Aceitando a participar desta pesquisa, você concederá uma entrevista com algumas perguntas referente ao espaço da instituição e participará de jogo das imagens. A duração mínima estimada é de aproximadamente 30 minutos para a entrevista e de aproximadamente 15 minutos para o jogo das imagens. Sua participação é de extrema importância para compreensão do objeto estudado. Havendo consentimento, seu depoimento será gravado com a finalidade de facilitar posteriormente a transcrição pela pesquisadora, porém em nenhuma hipótese o áudio será utilizado para outras finalidades senão a acadêmica. Você também pode solicitar a transcrição da entrevista para aprovação ou qualquer alteração de resposta.

É importante ressaltar que o procedimento adotado, apesar de mínimos, oferece riscos ao participante, como fadiga, inibição, constrangimento, receio da quebra de sigilo. Para evitar tais riscos, o participante pode responder em local que considere mais apropriado, podendo levar o roteiro de entrevista para casa. O participante pode a qualquer momento recusar a responder as perguntas que ocasionem mal-estar de qualquer natureza. Para assegurar o anonimato dos participantes, estes não terão seus nomes escritos nos documentos. O participante é livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

A coleta de dados será realizada em maio 2018.

Benefícios

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, estão relacionados a melhoria da compreensão do espaço arquitetônico destinado ao tratamento de crianças com autismo.

Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.



2/2

Sigilo e privacidade

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização. Seu nome não será citado. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal). Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Contato

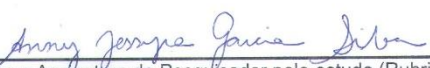
A pesquisadora e sua equipe agradecem a gentil e voluntária colaboração para o avanço desta pesquisa e se encontram à disposição para quaisquer esclarecimentos presentes e futuros. Seguem as informações para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis:

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, CEP: 57072-970.
 Telefones p/contato: |
 Email: anny.jgs@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

	
Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Data: ___/___/___

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ESPAÇO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA AUTISTA: AVALIAÇÃO PÓS-OCUPAÇÃO EM CENTROS ASSISTENCIAIS AO AUTISMO EM ALAGOAS

Pesquisador: ANNY JESSYCA GARCIA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84539717.0.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.596.578

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objeto compreender a relação ambiente e usuário, no âmbito dos serviços para pessoas com autismo. Estimativas do Instituto de Psiquiatria da USP revelam que existem aproximadamente 2 milhões de pessoas com autismo no Brasil. A partir da observação do aumento na criação de espaços de tratamento exclusivamente dedicado ao público infantil com autismo nos últimos 30 anos, foi constatado que os mesmos ainda não possuem recomendações que ultrapasse a simples listagem de ambientes, recurso humano e equipamentos. Assim, tais especificidades desses espaços não são contempladas nos manuais do Ministério da Saúde. Desta forma, esta dissertação tem como objetivo identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração com a finalidade de tornar o ambiente um facilitador às atividades desenvolvidas em estabelecimentos assistenciais ao autismo infantil em Alagoas. A metodologia empregada consiste em uma Avaliação PósOcupação de alguns centros assistenciais ao autismo em Alagoas a partir de uma abordagem multi-métodos, fundamentada em pesquisa qualitativa e quantitativa. Diferentes métodos de avaliação e percepção deverão ser utilizados para compreensão da relação ambiente e usuário, tais como:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.596.578

walkthrough, checklist, questionários, entrevistas, mapa de fluxos e classificação das imagens. Como resultado da pesquisa, espera-se indicar aspectos ambientais para esse tipo de instituição, auxiliando a elaboração de recomendações projetuais que levem em consideração as especificidades de crianças com autismo. Espera-se ainda, com este trabalho, contribuir com a melhoria dos espaços assistenciais ao autismo em Alagoas, ampliando a discussão de como o espaço pode ser um facilitador no atendimento e atividades ali desenvolvidas, além de proporcionar bem-estar em seus usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar quais aspectos ambientais devem ser levados em consideração na concepção de estabelecimentos assistenciais ao autismo infantil em Alagoas, com a finalidade de tornar o ambiente acolhedor e um facilitador às atividades.

Objetivos Secundário:

- Caracterizar o ambiente em estudo, os diferentes usuários e as atividades realizadas;
- Identificar os aspectos positivos e negativos de espaços destinados ao tratamento;
- Identificar estratégias de adequação espacial feitas no espaço físico pela equipe multiprofissional de estabelecimentos assistenciais ao autismo;
- Elencar princípios de recomendações projetuais para elaboração de espaços assistenciais ao tratamento da criança com autismo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos aos sujeitos da pesquisa são insegurança, em relação ao seu anonimato, e fadiga, no caso de uma entrevista prolongada, o que pode ocasionar algum constrangimento. Para minimizar os riscos serão agendadas entrevistas com duração de no máximo 30 minutos, na própria instituição. Só serão publicadas as entrevistas com consentimento do entrevistado e o mesmo pode alterá-la. Contudo, é importante dizer que a pesquisadora já acompanhou a rotina de um centro para tratamento do autismo infantil em

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.596.578

Arapiraca no desenvolvimento do aplicativo TEO Autismo

do Curso de Ciências da Computação, Campus Arapiraca, PIBIP-Ação (2014-2015), e foi instruída a como agir e se comportar em tal ambiente.

Benefícios:

Os benefícios aos participantes da pesquisa inclui a contribuição direta com dados que podem embasar recomendações projetuais para elaboração

de espaços assistenciais ao tratamento da criança com autismo, onde a percepção de seus usuários seja levada em consideração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema de pesquisa é relevante, o projeto apresenta uma boa fundamentação teórica, os objetivos são exequíveis, o método utilizado está condizente com os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS nº 510/2016

Recomendações:

Sem óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado de acordo com a resolução 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comiteeticafal@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.596.578

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_999159.pdf	07/03/2018 10:33:12		Aceito
Outros	autorizaca[redacted].jpg	07/03/2018 10:31:22	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/03/2018 10:30:51	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais.pdf	07/03/2018 10:30:35	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_pais.pdf	07/03/2018 10:30:19	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa.pdf	07/03/2018 10:30:03	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Outros	autorizaca[redacted].pdf	29/12/2017 19:20:58	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	29/12/2017 19:16:24	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/12/2017 19:14:44	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
 UF: AL Município: MACEIO

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.596.578

Outros	curriculo_lattes_mestranda_anny.pdf	19/09/2017 22:53:57	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_orientador_odair.pdf	19/09/2017 22:53:29	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	19/09/2017 22:48:55	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Outros	questionario_pais_ou_responsaveis.pdf	19/09/2017 22:44:51	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Outros	entrevista_profissionais.pdf	19/09/2017 22:41:15	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito
Outros	metodo_jogo_das_imagens.pdf	19/09/2017 22:39:51	ANNY JESSYCA GARCIA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comtedeeticaufa@gmail.com