

TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA: REFLEXÕES SOBRE A INCLUSÃO ESCOLAR

VANESSA CRISTINA SOSSAI **CAMILO**

GUILHERME DE SOUZA VIEIRA **ALVES**

RESUMO: o Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por ser uma doença cuja origem e causa apesar de grandes avanços é desconhecida. Neste sentido, trata-se neste artigo dos aspectos relacionados aos fatos, conceitos, características, diagnóstico, tratamentos entre outras informações. Utilizou-se enquanto metodologia, a revisão das literaturas como forma de construir este material, que tem como um dos objetivos a divulgação deste transtorno. Pode-se considerar que ainda não há cura, o tratamento é de alto custo e pesquisas avançam no sentido de contribuir para com a educação, em especial a inclusiva. Algumas características são movimentos repetitivos das mãos, dificuldades de estabelecer vínculos sociais, dificuldade ou ausência de fala, apreço por brinquedos. Embora há profissionais capacitados a lidar com estas pessoas, há a necessidade de mudanças de paradigmas sociais e avanços científicos.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Inclusão escolar; Ensino e aprendizagem.

1 – Enfermeira e pedagoga. Esp. em Formação Pedagógica em Ensino Profissionalizante de Nível Médio. Docente em curso de habilitação profissional de nível médio em Enfermagem. E-mail: vcossai@hotmail.com

2 – Professor pedagogo, e profissional especialista em Recursos Humanos.

1 REFLEXÕES INICIAIS

Estudar o Transtorno do Espectro Autista (TEA) torna-se relevante por ser uma temática ainda em evidente estudos e avanços, quando comparado às questões similares dentro do contexto escolar. Sabe-se que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) não possui uma causa determinada que possa ser classificada para todos os casos em análise e discussão, isto é, não se sabe ainda se a causa está relacionada intrinsecamente às condições genéticas, distúrbios metabólicos, ou hormonais, portanto, é recorrente que profissionais da saúde proponham medidas de tratamentos sintomáticos, sugerindo ainda, aos profissionais da educação e aos pais que trabalhem através de observações dos comportamentos das crianças para melhor avaliação médica do Autismo quando este estiver presente nas consultas médicas.

Quanto à educação de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), é indispensável aos seus desenvolvimentos educacional, social, psicológico e humano a participação em um processo escolar inclusivo no qual participe de aulas regulares adaptadas de forma a lhe proporcionar acessibilidade e atendimento por professores especializados em nesta área da educação, de forma a complementar o ensino regular.

Por apresentar algumas especificidades fisiológicas e comportamentais, o Autista em ambiente escolar, necessita de acompanhamento por cuidadores diários, professores regulares, sendo que cada agente possui papel específico nesta relação de ensino e aprendizagem inclusivo.

Há necessidade de formação continuada dos profissionais da educação que lidam com alunos que apresentem desenvolvimento atípico, uma vez que possuem particularidades subjetivas que devem ser consideradas no processo de socialização escolar.

O interesse por este tema surgiu ao se verificar a necessidade de ampliação e abordagem em uma área em plena expansão quando se associa às áreas de Psicologia e Educação.

Sendo assim, o presente artigo foi realizado através de uma revisão bibliográfica sendo discutidos sobre os seguintes tópicos, características do transtorno, histórico, inclusão dos alunos autistas entre outros.

Para tanto, os objetivos deste artigo estão voltados a determinar as concepções teóricas sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), apontar brevemente os tipos mais encontrados nas literaturas, bem como divulgar informações que possam ser relevantes a outras pesquisas nesta área do conhecimento.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Autismo: um breve histórico

A primeira descrição do Autismo foi feita em 1943 pelo psicólogo Leo Kanner, sendo inicialmente denominado como Distúrbio Autístico do Contato Afetivo. Para seus estudos, baseou-se em 11 crianças com diagnóstico de esquizofrenia. Sua crença inicial era que a doença fosse genética, tendo depois mudado de ideia, e passou a acreditar que a causa do problema estava na relação dos pais com as crianças. Dizia ainda que as mães estabeleciam um contato muito “frio” com as crianças (TAMANAHA, PERISSINOTO e CHIARI, 2008).

Kanner identificou algumas características que compunham um conjunto psiquiátrico nosológico e os contrapôs com outro que já pertencia ao desenvolvimento natural da criança. O autor apontou um quadro que ele chamou de Autismo da Infância Primitiva, distinguindo de outro ligado àquelas entidades patológicas realmente graves. As características do autismo grave envolveriam repetições obsessivas de certas atividades por longos períodos de tempo, atraso no desenvolvimento da linguagem, um extremo isolamento, englobando uma inabilidade para desenvolver e estabelecer vínculos, mesmo com as pessoas mais próximas, além da presença de certas habilidades exercidas com mais destreza, geralmente de cunho cognitivo-motor, se comparadas com crianças com desenvolvimento normal (BAPTISTA e BOSA, 2002).

Em 1944 Hans Asperger descreve um grupo de crianças com comportamentos semelhantes aos descritos por Kanner. Ele denominou como Psicopatia Autística, tendo como características principais o transtorno severo na interação social, uso pedante da fala, desajeitamento motor e incidência apenas no sexo masculino. Tanto o Transtorno Espectro Autístico (TEA ou Autismo) quanto a Síndrome de Asperger (SA) têm similaridades nos quesitos de diagnósticos. As principais diferenças estão ligadas à memória, cognição e linguagem; visto que tais capacidades são privilegiadas e não apresentam atrasos na Síndrome de Asperger (TAMANAHA, PERISSINOTO e CHIARI, 2008). Tanto as pesquisas de Kanner como as de Asperger tiveram impacto na literatura mundial, no entanto em diferentes momentos. Rapidamente a comunidade científica absorveu as descrições de Kanner. A abordagem etiológica do Autismo Infantil proposta pelo autor, salientava a existência de uma distorção do modelo familiar, que causaria alterações no desenvolvimento psicoafetivo da criança, devido ao caráter altamente intelectual dos pais destas crianças. Durante os anos 50, houve muitas dúvidas sobre a natureza do Autismo e suas causas; a crença mais comum era de que era a da origem de pais não emocionalmente responsivos.

Assim, Michael Rutter em 1978 propôs critérios diagnósticos destacando a necessidade de observar o comportamento dos indivíduos. Os critérios incluíam a falta de interesse social; ausência de fala ou uso de uma linguagem específica; comportamentos estranhos e compulsivos; sempre identificado antes dos 3 anos de idade. Rutter e Schwartzman evidenciaram o estudo dos fatores neurofisiológicos e bioquímicos. Concluíram que se tratava de uma síndrome de comportamentos muito específicos, com alterações em diversas áreas do desenvolvimento, tais como: percepção, linguagem e cognição.

2.2 Conceitos iniciais

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1998) o Autismo é uma síndrome que pode ser descoberta desde o nascimento ou quase sempre antes dos 3 anos de idade. Caracteriza-se por alguns aspectos como: falta de consciência da presença do outro como pessoa, dificuldades na fala e comunicação visual com outros indivíduos, comportamentos restritos e repetitivos.

Ainda de acordo com a definição da OMS (op. cit), a criança autista desenvolverá problemas de ligação social e jogos em grupo, resistência à mudança, ligações a objetos estranhos e um padrão de brincar estereotipado.

Pessoas com autismo podem apresentar dificuldades de atenção, coordenação motora e deficiência intelectual; algumas tem problemas físicos de saúde e também podem apresentar outras condições como déficit de atenção e hiperatividade. Na adolescência podem desenvolver quadros de depressão e de ansiedade.

Algumas pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem ter dificuldades de aprender atividades cotidianas diárias como tomar banho ou preparar uma refeição. Outras poderão levar uma vida “normal”, enquanto há aquelas que precisarão de apoio especial ao longo da vida. A criança autista se tornará um adulto autista, pois este é uma condição permanente. Autistas podem ter alguma forma de sensibilidade sensorial e podem ser mais ou menos intensificados. Por exemplo, uma pessoa com Autismo pode achar insuportável alguns sons que seriam ignorados a ouvidos não-sensíveis. Alguns indivíduos que são sub-sensíveis podem não sentir dor ou temperaturas extremas. Há ainda aqueles que podem balançar, rodar ou agitar as mãos para criar sensação, ou para ajudar com o balanço e postura ou para lidar com o estresse, ou ainda, para demonstrar alegria (DSM V, 2014).

Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, os Transtornos Globais do Desenvolvimento foram classificados como um grupo de alterações, caracterizadas por alterações qualitativas da interação social e modalidades de comunicação, e por um repertório de interesses e atividades restrito e estereotipado. Essas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do indivíduo. 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. A incidência populacional é em torno de 2-5 indivíduos para 10.000 e o predomínio para o sexo masculino. O quadro de Síndrome de Asperger apresenta validade nosológica incerta, caracterizada por perturbação qualitativa nas áreas de interação social e interesses. Esse distúrbio distingue-se do Autismo Infantil pelo fato de que não se verifica retardo ou alteração significativa da linguagem, bem como do desenvolvimento cognitivo. Na revisão dos critérios diagnósticos utilizados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV Tr, também foi proposta a classificação tanto do Autismo Infantil, quanto da Síndrome de Asperger, como subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Essa secção diagnóstica caracterizou-se pelos prejuízos severos e invasivos nas áreas de interação social e repertório restrito de interesses e atividades. A distinção entre os dois centralizou-

se na caracterização da área da comunicação, bastante prejudicada no Autismo. Já na síndrome de Asperger, verificou-se que o DSM IV Tr considerou não haver um prejuízo significativo nas áreas da linguagem e cognição. No entanto, há menção de que algumas dificuldades na comunicação social são verificadas, tais como: a incapacidade de reconhecer as regras convencionais da conversação que regem as interações sociais e o uso restrito de múltiplos sinais não verbais, como contato visual, expressões faciais e corporal. Assinalou-se ainda que, no quadro de Autismo Infantil, houve um aumento na prevalência sugerida pelos estudos epidemiológicos, fixando-se em, aproximadamente, 15 casos por 10.000 indivíduos, as taxas para essa alteração são quatro a cinco vezes superiores no sexo masculino.

Em relação à síndrome de Asperger, as informações sobre a prevalência continuam limitadas, mas ela parece ser mais comum no sexo masculino. Atualizando a definição dos quadros de Autismo Infantil e síndrome de Asperger como entidades diagnósticas pertencentes ao grupo de transtornos de neurodesenvolvimento, cujos processos de socialização, comunicação e aprendizado encontram-se bastantes prejudicados, outro estudo discorreu e comparou o histórico, a nosologia e as características clínicas presentes nos indivíduos portadores destas alterações. Propôs-se a hipótese de que os estudos dos prejuízos nos mecanismos biológicos fundamentais relacionados à adaptação social podem levar a emergência de fenótipos altamente heterogêneos, associados aos quadros de Transtornos Globais de Desenvolvimento (ORG. MUND DA SAÚDE/ CID 10/ AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION/ DSM V apud TAMANAHA, PERISSINOTO e CHIARI, 2008, p. 298).

2.3 Causas

Embora já tenha existido inúmeras tentativas de descobertas das causas do autismo, acredita-se que possa estar diretamente relacionado a problemas cromossômicos, genéticos, metabólicos, e até mesmo doenças transmitidas ou adquiridas durante a gestão, ou durante e após o parto. Aponta-se que cerca de 75 a 80% das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam algum tipo de retardo mental, mas ainda assim há diversas síndromes que possuem sintomas semelhantes, por isso dificuldade de causas e diagnósticos. Outra questão relaciona-se a alterações encefálicas que durante a formação do embrião pode também originar ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), porém exames clínicos que vem sendo realizados não demonstram uma relação significativa entre tais alterações e o Transtorno do Espectro Autista (TEA) (SILVA, 2010).

2.4 Características e diagnóstico

Na compreensão de Bosa (2006) o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento de crianças com

graves dificuldades nas habilidades sociais e comunicativas, além daquelas dificuldades atribuídas como atraso global do desenvolvimento, comportamentos atípicos e interesses repetitivos limitados desde os primeiros anos de vida.

Já para Klin (2007) o Autismo é um transtorno de desenvolvimento que geralmente aparece nos três primeiros anos de vida e compromete as habilidades de comunicação e interação social.

Kelman (2010) entende que os resultados são mais favoráveis na medida em que se iniciam mais precocemente, e evidencia ainda a importância da realização do diagnóstico o mais cedo possível.

Ainda para Kelman (op. cit) as causas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) ainda tem sido um tema desafiador, uma vez que as causas deste transtorno ainda não estão plenamente conhecidas, apesar dos avanços recentes que vem o desmistificando. Cada pessoa diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é única, e cada uma possui variações de comportamento diferentes, a depender do grau de acometimento. Os especialistas, os familiares, e os profissionais da saúde podem ter como referência um conjunto de características para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), que estão subclassificados a seguir em três grupos:

- 1) Alteração na comunicação verbal e não-verbal: algumas crianças dependendo do nível de acometimento não fala, e outras apresentam déficits de linguagem, logo detém a habilidade da comunicação.
- 2) Dificuldade na interação social: apresentam dificuldades de identificar com o outro, sentir o que ele sente, reconhecer o outro socialmente e suas perspectivas. Demonstrem dificuldades para compartilhar emoções e situações sociais. Apresentam desinteresse pelo outro, e comumente afasta-se do colega quando este se aproxima.
- 3) Comportamento atípico, anormal: uma criança que demonstra interesse restritivo, ligação à rotina, estereotípias motoras e verbais se apegam as partes dos objetos, tem maior propensão e resistência às mudanças, reação a estímulos sensoriais (KELMAN, 2010).

Bosa (2006) esclarece que o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) não é uma simples tarefa, e permanece o desafio para os profissionais da

saúde. Há uma complexidade em relação ao tratamento que deve ser individualizado focando no grau de necessidades de cada criança e na potencialidade de cada qual.

2.5 Tratamento

Ainda de acordo com as afirmações de Bosa (2006), o tratamento deve ser elaborado de acordo com as etapas de vida do paciente. Com crianças pequenas a prioridade está no sentido de viabilizar a terapia da fala, da interação social/linguagem, educação especial e suporte familiar. Para os adolescentes, a medida seria os grupos de habilidades sociais, terapia ocupacional e sexualidade. Já para os adultos, questões como as opções de moradia e tutela deveriam ser enfatizadas.

Para Kelman (2010) o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a intervenção precoce podem facilitar ao desenvolvimento de modo significativo para as crianças; o contexto familiar e a escola constituem espaços importantes de identificação desses transtornos, e ajuda na eficácia do tratamento.

A eficácia do tratamento não depende apenas da experiência e do conhecimento dos profissionais sobre o Autismo, mas principalmente de sua habilidade de trabalhar em equipe e com a família. E juntos devem estimular os quatro alvos básicos para ter eficácia no tratamento: estimular o desenvolvimento social e comunicativo; aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas; diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e ao acesso às oportunidades do cotidiano, bem como ajudar as famílias a lidar com a transtorno.

2.6 Tipos de Autismo

De acordo com a revisão das literaturas encontradas, aponta-se neste trabalho vários tipos de Autismo, entretanto, cada qual com suas especificidades:

Autismo Clássico: normalmente é diagnosticado antes dos 03 anos de idade, e é caracterizado por problemas de interação social, falta de comunicação com outras pessoas e comportamento repetitivos. Alguns comportamentos apresentados são: bater ou balançar as mãos, atraso da fala e no

desenvolvimento natural da criança. O grau pode ser classificado de leve a alto, de grave ou baixo funcionamento.

Quando diagnosticado de alto funcionamento a criança apresenta dificuldades na fala, interação social, incapacidade de desenvolver atividades lúdicas que outras crianças desenvolveriam com facilidade. As pessoas teriam QI considerado como normal e podem não apresentar comportamentos compulsivos ou autodestrutivos, que normalmente são encontrados em autismo de baixo funcionamento, ao qual é o estágio mais grave da doença, sendo que as crianças apresentam graves habilidades de comunicação, movimentos repetitivos estereotipados e poucas habilidades sociais.

Síndrome de Asperger: tipo de Autismo de alto funcionamento, tendo como característica distintas problemas com jogos simbólicos, interação social, dificuldades com motricidade fina e grossa, apresentam frequentemente interesse por algum objeto. As crianças e os adultos com Asperger podem ser capazes de identificar muitos objetos e ter dificuldades em poder se expressar e pedir ajuda a outras pessoas.

Segundo informações do Banco Finantia (2016), há diversos famosos ao longo da História das Ciências e desenvolvimento das Artes, que apresentam especificamente a Síndrome de Asperger: Bill Gates, Albert Einstein, Vincent Van Gogh e Isaac Newton são alguns destes exemplos.

Transtorno Invasivo do Desenvolvimento: trata-se de um transtorno que os profissionais da saúde irão erroneamente diagnosticar como autismo de alto funcionamento ou baixo, a depender do conjunto de ações apresentadas. É também conhecido como Autismo atípico (PDD-NOS). Tais pessoas podem apresentar dificuldades com a linguagem, comportamentos repetitivos e habilidades sociais, mas eles podem não ter problemas com todas as três áreas.

Transtorno de Rett: esta síndrome não é incluída no Transtorno do Espectro Autista (TEA), pois a causa está relacionada por uma mutação genética. Apesar dos sintomas serem bem próximos aos do autismo clássico, o transtorno passa por diversas fases e superam muitos dos desafios apresentados, contudo podem demonstrar deterioração com habilidades motoras e problemas com postura, que não costumam afetar os autistas.

Transtornos Desintegrativo da Infância: caracteriza-se pela perda de comunicação e interação social entre as idades de dois a quatro anos. É um transtorno muito parecido com o autismo agressivo, e em geral é classificado como Transtorno do Espectro Autismo (OLIVEIRA, 2012).

2.7 Métodos de ensino para Autistas

De acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, há formas de inserção do aluno autista à escola regular, muitos professores não sabem como lidar com esse tipo de criança. A Lei nº 12.764/2012 que institui uma Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e que incentiva os professores a ter uma capacitação para lidar com as crianças autistas.

Segundo esta lei, em seu artigo 2º, a pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais e no artigo 3º seus direitos são:

- I – a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II – a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração.
- III – o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral as suas necessidades de saúde, incluindo:
 - a) O diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
 - b) O atendimento multiprofissional;
 - c) A nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) Os medicamentos;
 - e) Informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;
- IV – o acesso:
 - a) À educação e ao ensino profissionalizante;
 - b) À moradia, inclusive à residência protegida;
 - c) Ao mercado de trabalho;
 - d) À previdência social e à assistência social.

Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado (LEI 12.764, 2012, ARTIGOS 2º E 3º).

A medida sancionada em dezembro de 2012 evidencia que a partir de então todas as crianças e adultos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem gozar e usufruir das políticas de inclusão social vigente no Brasil, dentre elas a educação.

Sabe-se, portanto, que a prática de ensinar não é uma simples tarefa, exige-se uma série de habilidades e competências para que o professor consiga administrar com êxito os propósitos educacionais.

Na década de 70 surgiu o ensino estruturado, ao qual foi desenvolvido por Eric Schopler e seus colegas, sendo que tal ensino era fundamentado em métodos de educação especial e técnicas comportamentais para crianças com autismo, na tentativa de conseguir com que essas crianças respondessem às necessidades que comumente são dificultosas por falha na comunicação. Logo, este meio de ensino tornava o ambiente escolar mais acessível a receber crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os autistas têm dificuldades em mudanças de ambientes físico e comportamental, e um dos principais objetivos deste ensino é minimizar reações a grandes mudanças visando melhorias na autonomia, através de capacidades adaptativas (PEREIRA, PEREIRA e PEREIRA, 2013).

Existem vários métodos terapêuticos que são utilizados como auxílio para atender crianças com autismo em escola regular, entre eles: TEACCH, PECS, ABA, Floortime e o Sun-Rise, que serão descritos a seguir. Todos são acompanhados por psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos e também pelas famílias (CORREIA, 2017).

O método TEACCH (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Desvantagens na Comunicação), criado por profissionais do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, nos EUA. Criado para atender crianças com autismo e problemas relacionado à comunicação. É um dos métodos utilizados em diversas parte do mundo (MOTA e SENA, 2013).

O método é estabelecido a partir de suas habilidades, interesses (motivação) e necessidades. A parceria com os pais é vital, assim como desenvolver habilidades de comunicação, de socialização e de lazer. Usa com ponto de partida o potencial que a maioria das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresenta em suas habilidades visuais e memória. Naturalmente, as crianças na medida em que vão se desenvolvendo passam a estruturar o ambiente, e os autistas necessitam de uma estrutura externa, este método traz

segurança, confiança e ajuda a criança autista criar meios de acesso com outras pessoas, potencializando suas capacidades (VATANUK, 2004).

Acredita-se que muitos transtornos surgem da incapacidade ou da dificuldade de se comunicarem. Por isso, os métodos focam muito nas atividades que estabelecem a comunicação entre autistas e as pessoas que os cercam. Para possibilitar que o ensino estruturado tenha êxito, alguns aspectos são fundamentais, como a organização do tempo, a estrutura física e o plano de trabalho (PEREIRA, PEREIRA e PEREIRA, 2013).

O método Picture Exchange Communications System – PECS (Sistema de Comunicação através de Troca e Figuras), é um método que foi desenvolvido pelo Psicólogo Andrew Bondy e pela Fonoaudióloga Lori Frost na finalidade de auxiliar tanto os pais como os professores no ensino e aprendizagem de crianças autistas. Um dos maiores problemas que elas apresentam é a falta de habilidades de comunicação (MILAGRE e SOUZA, 2011).

Nesse sentido, é importante destacar que:

É um sistema de comunicação que ressalta a relação interpessoal, em que ocorre um ato comunicativo entre o indivíduo com dificuldades de fala e um adulto, por meio de trocas de figuras. O treino com PECS se dá via seis fases, que são: 1) fazer pedidos através da troca de figuras pelos itens desejados; 2) Ir até a tábua de comunicação, apanhar uma figura, ir a um adulto e entregá-la em sua mão; 3) discriminar entre as figuras; 4) Solicitar itens utilizando várias palavras em frases simples, fixadas na tábua de comunicação; 5) Responder à pergunta: o que você quer?; 6) Emitir comentários espontâneos (MIZAEI e AIELLO, 2013, p. 2).

É muito frustrante, principalmente para os pais, não conseguir se comunicar e entender o que o filho quer ou necessita. As crianças normalmente também ficam frustradas e apresentam acessos de birras e outros comportamentos quando não conseguem se expressar devidamente. Sabe-se que os pais com filhos autistas evidentemente querem que os filhos sejam capazes de falar, porém eles entendem que a fala não é a única forma de comunicação que há entre eles (MILAGRE e SOUZA, op. cit).

A criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) quando submetida ao ensino de PCS é estimulada a interagir com as pessoas ao seu redor. O fato de trocar figuras pelos seus correspondentes concretos faz com ela associe esta habilidade com seu contexto social. O tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) normalmente é realizado com terapias, pois a dificuldade

de interação com outras pessoas é algo gradativo que deve ser estimulado aos poucos (SANTANA e TOSCHI, 2015).

O ABA (Análise Aplicada do Comportamento) trata-se de uma abordagem usada para a compreensão do comportamento. Uma parte crucial do processo é saber identificar e ajudar o aluno a entender o que ele pode ou não fazer e desenvolver novas estratégias para ensinar habilidades específicas. O principal é decidir quais comportamentos irão ajudar a criança a levar uma vida mais plena. Os pais também são partes importantes no ensino de seus filhos (RIBEIRO, 2010).

Sendo assim, há alguns indicativos que são característicos do transtorno:

Recorre-se à observação e à avaliação (em termos de frequência, intensidade e duração) do comportamento do indivíduo, no sentido de potencializar a sua aprendizagem e promover o seu desenvolvimento cognitivo e social e competências de autoajuda em vários meios, dividindo estas competências em pequenas partes/tarefas que são ensinadas de forma estruturada e hierarquizada. É dada muita importância à recompensa ou reforço de comportamentos desejados/adequados, ignorando/minimizando e redirecionando/desencorajando comportamentos inadequados (SANTOS, et al, 2013, p. 8).

O Floortime trata-se de um método em que o adulto interage com a criança no chão através de brincadeiras que possibilitam a socialização, a melhora na linguagem e a diminuir os comportamentos repetitivos que as crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam (RIBEIRO e CARDOSO, 2014). O método foi desenvolvido nos EUA por Greenspan e seus colaboradores, baseado no desenvolvimento emocional das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). O objetivo principal desse processo é a criança, na tentativa de ajuda-la na interação social (CORREIA, 2013).

As principais metas do Floortime são: (1) adentrar o mundo da criança através do brincar, seguindo seu exemplo e estimulando sua iniciativa e (2) trazer a criança para um mundo compartilhado, fazendo com que isso seja prazeroso para ela. E, para isso, conta com um processo terapêutico baseado em cinco etapas: (a) Avaliação/Observação, em que se busca averiguar a forma com que a criança brinca e a fase do brincar em que ela se encontra, a fim de desenvolver a melhor forma de abordá-la em seu mundo; (b) Abordagem – Círculos abertos de Comunicação, em que, utilizando gestos ou palavras, estabelecem-se as primeiras interações comunicativas com a criança, buscando iniciar um vínculo; (c) Seguir a iniciativa da criança ao brincar, adentrando seu mundo para interagir com ela e dando significado à brincadeira por ela escolhida, uma vez que a vontade dela é a porta de entrada para a sua vida emocional e intelectual; (d) Alargar e expandir a brincadeira

gradativamente, estimulando habilidades, das menos complexas para as mais complexas, e ajudando a criança a expressar suas ideias, considerando-se que ao adentrar o mundo dela pode-se criar uma série de oportunidades para ajudá-la a desenvolver-se e a avançar os níveis de relacionamento, comunicação e pensamento; e (e) Fechar os ciclos de comunicação, valorizando a comunicação recíproca (RIBEIRO e CARDOSO, 2014, p. 5).

O Sun-rise é um dos métodos mais utilizados no Brasil, devido às melhoras significativas que as crianças submetidas ao tratamento apresentaram, com relação a interação com os pais, adultos e com outras crianças. Este programa foi desenvolvido nos EUA, nos anos 70 pelo casal Barry e Samahria Kaufman, que tinham um filho com Autismo. Na tentativa de ajudar ao filho a superar os seus estados em relação ao Autismo, o casal elaborou tal programa, ao qual se trata de um projeto que visa diminuir a estimulação sensorial que poderia interferir fora do ambiente em que a criança convive. O programa é totalmente centrado na criança com autismo, sendo que o tratamento se inicia na busca de uma profunda compreensão de como a criança interage, comporta e se comunica (TOLEZANI, 2011).

A criança com TEA geralmente apresenta três estados de disponibilidade, sendo eles – o rígido repetitivo, o isolado, e o altamente conectado. Quando a criança está rígida repetitiva ela fica fazendo os mesmos movimentos, gestos e/ou brincadeiras, de modo que seja prazeroso. Chega até a interagir com quem estiver com ela, porém o seu interesse é repetir rigidamente sempre as mesmas ações, sem aceitar nenhuma forma de variação na brincadeira. Quando a criança entra em estado de isolamento para fazer sua autorregulação, o adulto deve se juntar a ela, demonstrando aceitação e fazendo movimentos parecidos. A partir daí é que se percebem quais são suas preferências sensoriais para planejar algo. E quando a criança está altamente conectada é que se pode solicitar algo dela. A ação motivadora é formulada por meio de interesses demonstrados pela criança e deve ser mais focada na pessoa que estiver brincando com o autista do que no objeto que está sendo utilizado no momento. A princípio deve-se apenas celebrar as tentativas de participação da criança para depois começar a solicitar algo a ela (SANTIAGO e TOLEZANI, 2011, apud MESQUITA e CAMPOS, 2013, p. 5).

Ainda segundo os mesmos autores, a participação dos pais é essencial ao tratamento, pois eles aprendem cotidianamente a construir experiências interativas estimulantes que convidam a criança a se desenvolver socialmente.

2.8 Autismo e Inclusão Escolar

Houve uma época em que as pessoas com deficiências eram vistas pelas sociedades como um mal, eram excluídas pela própria família, ou como era na Roma Antiga – as pessoas eram atiradas ao abismo. Já em sociedades mais avançadas essas pessoas passaram a ser reverenciadas, ou seja, a sociedade acreditava que essas pessoas com deficiências tinham poderes divinos (OLIVEIRA, 2006).

Com as duas grandes guerras mundiais que aconteceram, houve uma eclosão na problemática de amparo às pessoas com deficiência. Muitos jovens que saíam de suas casas, com o intuito de ajudar seus pais lutaram nas guerras e retornavam aos seus lares mutilados, e também não tinham o amparo econômico e social, e leis que não lhes concediam direitos. Foi quando se iniciou os primeiros caminhos de integração social com pessoas com deficiência (OLIVEIRA, op. cit).

Segundo Mendes (2006) a integração permitira melhor atender as necessidades educacionais diferenciadas desses alunos. Após esse período houve uma mudança filosófica denominada “integração escolar” para “educação inclusiva” ou “inclusão escolar” no Brasil em meados da década de noventa. A Constituição Federal Brasileira de 1988 assegurou que a educação de pessoas com necessidades especiais deveria ocorrer preferencialmente na rede regular de ensino, e garantiu ainda o direito ao atendimento especializado. Neste sentido, a inclusão é um movimento amplo e de natureza diferente à integração, sendo que esta se objetiva a unir tais alunos em um único grupo nas escolas regulares, enquanto aquela vem a transformar a educação comum e visa eliminar barreiras que possam limitar a aprendizagem e participação de várias pessoas com necessidades especiais (GUIJARRO, 2005).

A instituição de ensino torna-se inclusiva quando reconhece diversidades dos alunos diante do processo educativo e precisa da participação de todos os integrantes da instituição. Esta condição é um trabalho a ser desenvolvido por todos os envolvidos direta e indiretamente para e pelo sistema educacional – iniciativas que envolvam professores, gestores, pais, alunos especialistas em educação e saúde, a fim de construir práticas pedagógicas inovadoras e que

façam a diferença no desenvolvimento dos alunos, considerando que as mudanças vão além da sala de aula e da escola (ROPOLI et al, 2010).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a primeira descrição feita por Leo Kanner em 1943, a Autismo tem se tornado foco de inúmeras pesquisas que constantemente passam por várias revisões. Por ser uma condição crônica, os autistas e seus familiares enfrentam desafios constantes, pois seus quadros se modificam ao longo do tempo, podendo ou não ter melhoras no desenvolvimento da pessoa com Autismo.

As causas ainda não foram descobertas, apesar de vários pesquisadores estudarem, sabe-se que a carga genética contribui em até 50%, sendo que a outra metade corresponde a fatores exógenos, como o ambiente de socialização. O transtorno afeta quatro a cinco vezes mais meninos.

Não há um tratamento que traga a cura, mas sim existe programa de tratamento precoce, intensivo e apropriado e que possa melhorar a perspectiva em relação à vida social para crianças com o transtorno.

Alguns dos tratamentos são: terapias de comunicação e comportamento, medicamentos, terapia ocupacional, fisioterapia; e ainda na década de 70 surgiu o ensino estruturado que foi desenvolvido por Schopler e colaboradores, ao qual vem sendo um dos meios para que o autista possa ter uma vida mais acessível, por meio de métodos cujos objetivos são maximizar as habilidades sociais e comunicativas da criança, utilizando-se para tanto do suporte ao desenvolvimento e aprendizado.

Alguns destes métodos focam na redução de problemas comportamentais e na aprendizagem de novas habilidades. Outros procuram ensinar crianças a como agir em determinadas situações sociais a como se comunicar propriamente pela linguagem.

Diante do exposto neste trabalho, observa-se que a inclusão de uma criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na educação regular, ainda não é uma

tarefa simples, porém é possível. Uma vez que a criança está inserida no ambiente escolar, ela precisa ser estimulada a todo instante a cabe ao professor/cuidador desenvolver a prática de tais estímulos.

Considera-se também que os métodos utilizados para a aprendizagem e desenvolvimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) são de extrema importância, uma vez que é notório observar o quanto os métodos podem ser importantes em relação aos processos cognitivos de crianças autistas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM 5**. 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAPTISTA, C. R.; BOSA, C. **Autismo e Educação: reflexões e propostas de Intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. 47-53, 2006.

BRASIL, Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012. Brasília, Casa Civil, Subchefia para assuntos Jurídicos, 2012.

CORREIA, A. M. **O Autismo e Atraso Global de Desenvolvimento**. Disponível em:

http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/1258/1/PGEE_2013MiguelCorreia.pdf. Acesso em: 18/04/2017.

GUIJARRO, M. R. B. Inclusão: um desafio para os sistemas educacionais. In: BRASIL. **Ensaio pedagógico - construindo escolas inclusivas**: 1. ed. Brasília: MEC, SEESP, 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ensaiospedagogicos.pdf>. Acesso em: 02/06/2017.

KELMAN, C. A. Sociedade, Educação e Cultura: desenvolvimento humano, educação e inclusão escolar. Brasília: UNB Editora, 2010.

KLIN, A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, 2007.

MENDES, E. G. A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 33, p. 387-405, set/dez. 2006.

MESQUITA, V. S.; CAMPOS, C. C. P. Método son-rise e o ensino de crianças autistas, **Revista Lugares de Educação**, v. 3, n. 7, p. 87-104, 2013.

MILAGRE, M. O.; SOUZA, W. S. **Um estudo da integração do autista no ensino regular**. Trabalho de conclusão de curso, 2011.

MIZAEL, T. M.; AIELLO, A. L. R. Revisão De estudos sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) para o ensino de linguagem a indivíduos com Autismo e outras dificuldades de fala, **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 19, n. 4, p. 623-636, 2013.

MOTA, A.; SENA, A. Transtorno **Global de Desenvolvimento: a inclusão de crianças autistas na rede regular de ensino e a atuação do professor de**

apoio. Disponível em:
<http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/58533.pdf>. Acesso em:
 02/04/2017.

OLIVEIRA, F. C. S. **Cartilha da inclusão:** Direitos da pessoa com deficiência. Belo Horizonte, 2006. Disponível em:
https://www.oabmg.org.br/Areas/Servicos/doc/Cartilha_Inclusao.pdf. Acesso em:
 17/05/2017.

OLIVEIRA, T. Tipos e sintomas do Autismo. 2012. Disponível em
<http://taismarapsicopedagoga.blogspot.com.br/2012/11/tipos-e-sintomas-do-autismo.html>. Acesso em: 15/05/2017.

PEREIRA, C. A. V.; PEREIRA, C. S. V.; PEREIRA, C. C. V. Autismo infantil: aplicação do ensino estruturado na inclusão escolar. **Revista Ciências da Saúde Nova Esperança**, n. 3, p. 75-77, 2013.

RIBEIRO, S. ABA: uma intervenção comportamental eficaz em casos de autismo. **Revista Autismo, informação gerando ação**, 2010. Disponível em:
<http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/aba-uma-intervenc-o-comportamental-eficaz-em-casos-de-autismo>. Acesso em: 19/04/2017.

RIBEIRO, L. C.; CARDOSO, A. A. Abordagem Floortime no tratamento da criança autista: possibilidades de uso pelo terapeuta ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, UFSCar, São Carlos v. 22, n. 2, p. 399-408, 2014.

ROPOLI, E. A.; MANTOAN, M. T. E.; SANTOS, M. TCT.; MACHADO, R. **A educação especial na perspectiva da inclusão escolar: a escola comum inclusiva**. Ministério da Educação e Secretaria de Educação Especial. Brasília, 2010. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7103-fasciculo-1-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 01/06/2017.

SANTANA, E. C. C.; TOSCHI, L. S. Evolução do aspecto pragmático de linguagem de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). **Estudos**, v. 42, n. 3, p. 257-271, 2015.

SANTOS, C. L. S. C.; GOMES, C. M. L.; BARROS, V. P. H.; CELINO, M. L. **Conhecendo o autismo no contexto da inclusão social: na flexibilidade curricular e métodos pedagógicos**. Disponível em:
http://editorarealize.com.br/revistas/cintedi/trabalhos/Modalidade_4datahora_02_1_1_2014_18_16_24_idinscrito_1009_8e2433375bf38d4e761030099f721adb.pdf. Acesso em: 22/05/2017.

TAMANAHARA, A. C.; PERISSIMOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da Síndrome de

Asperger, **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 13, n. 3, p. 296-299, 2008.

TOLEZANI, M. Son-Rise: uma abordagem inovadora. **Revista Autismo, informação gerando ação**, 2011. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/son-rise-uma-abordagem-inovadora>. Acesso em: 10/05/2017.

VATANUK, M. C. **Método Teacch**, 2004. Disponível em: <http://www.profala.com/artautismo1.htm>. Acesso em: 04/05/2017.