

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: EDUCAÇÃO E SAÚDE

AUTISTIC SPECTRUM DISORDER: EDUCATION AND HEALTH

Anelise Barbosa COELHO¹
Suellen VILALVA²
Roseli Deolinda HAUER³

RESUMO

Introdução: Por muito tempo acreditou-se que o autismo era uma temática exclusivamente pertencente ao campo da saúde, porém, a adoção de um modelo social destinado à compreensão das alterações desenvolvimentais decorrentes desse transtorno, revelou tratar-se de uma condição intrinsecamente relacionada a questões socioculturais. **Objetivo:** Esse estudo visa discutir as peculiaridades inerentes a essa condição e quais as implicações sociais e educacionais relativas à inclusão do indivíduo com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de forma digna na sociedade. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa e integrativa de literatura, para qual foram utilizados como fontes de pesquisa: livros, artigos, documentos legais, entre outros. **Resultados:** Os resultados apontam que não há uma etiologia definida para o TEA. Os prejuízos ocasionados pelo transtorno se manifestam na comunicação e por consequência nas interações sociais. O estabelecimento da gravidade e dos encaminhamentos necessários em termos educativos para cada caso, irá depender do nível de apoio exigido pelo indivíduo com TEA, para tanto, a avaliação de equipe multiprofissional é imprescindível. **Considerações finais:** A tratativa dispensada ao indivíduo com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um fenômeno que vai muito além da esfera da saúde, estendendo-se a toda dimensão social em toda sua variedade de contextos.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno autístico, criança, educação.

ABSTRACT

Introduction: During a long time the autism was interpreted as an exclusively health-related issue. However, the adoption of a social model aimed at understanding the developmental changes resulting from this disorder revealed that is a condition intrinsically related to sociocultural issues. **Objective:** This study aims to discuss the inherent peculiarities of this condition and social - educational implications related to the Autistic Spectrum Disorder (ASD) individuals inclusion in a dignity way on the society. **Materials and methods:** It is a integrative literature review, which were used as research sources: books, articles, legal documents, among others. **Results:** The results show that there is no ASD defined etiology. The damage caused by the disorder is manifested in communication and consequently in social interactions. The establishment of the severity and the educational referrals required for each case will depend on the level of support required by the individual with ASD. Therefore, the evaluation of a multidisciplinary team is essential. **Final considerations:** The treatment offered to individuals with Autistic Spectrum Disorder (ASD) is a phenomenon that goes far beyond the health sphere, extending to the entire social dimension in all its variety of contexts.

KEYWORDS: autistic disorder, child, TEA, education.

¹Mestre em Educação. Coordenadora Pedagógica da Faculdade Herrero. Coordenadora do NADI – Núcleo de Apoio e Desenvolvimento Institucional da Faculdade Herrero.

²Mestre em Educação. Professora do curso de Psicologia da Faculdade Herrero. Psicóloga do NADI – Núcleo de Apoio e Desenvolvimento Institucional da Faculdade Herrero.

³Mestre em Psicologia da Infância e da Adolescência. Coordenadora e professora do curso de Psicologia da Faculdade Herrero.

E-mail: suellen.vila@gmail.com

1. INTRODUÇÃO – ASPECTOS HISTÓRICOS

A história que permeia o movimento de compreensão do autismo está estreitamente ligada à história das doenças mentais. Os primórdios da investigação dessa temática foram marcados pelas contribuições de Itard, Bettlheim, Rimland, Ornitz, Ritvo, Rutter, Bartak, Newman, Loovas, entre outros¹⁻³.

Inicialmente, em 1911 os estudos do médico psiquiatra suíço Eugen Bleuler, circunscreviam o quadro autista como sintomatológico de esquizofrenia, retardo mental, psicose infantil, entre outros. Na década de 1940, o médico austríaco psiquiatra Leo Kanner descreveu o autismo como um distúrbio no qual haveria uma reduzida capacidade de relacionamento e interação cotidiana com as pessoas. Especificamente no que se referia a falhas no uso da linguagem, resistência a mudanças, preferência por objetos ao invés de pessoas, perturbações relacionadas à quebra de rotina, falta de resposta ao ambiente, etc³. Características essas que em sua perspectiva estariam presentes no indivíduo desde a mais tenra infância⁴.

Nas décadas de 1950, 1960 e 1970 a discussão sobre autismo se destaca e é fortemente influenciada no EUA pela criação de movimentos sociais e pesquisas na área do retardo mental e das deficiências. Nessa época em face da desumanização no tratamento desses indivíduos, o médico sueco Bengte Nirje, ao comparar as instituições responsáveis pelo tratamento mental com campos de concentração nazistas, propôs o - princípio de normalização na cultura americana, que defendia ser necessário oferecer às pessoas que apresentassem desenvolvimento atípico condições de vida próximas àquelas experimentadas pela sociedade em geral³.

O princípio da normalização acarretou um avanço em termos de atenção a pessoas consideradas deficientes ou possuidoras de algum transtorno mental, as quais permaneciam por longos períodos esquecidas e institucionalizadas. E embora seja possível reconhecer o princípio da normalização como uma etapa importante na luta pela igualdade de direitos, ainda assim, os indivíduos que apresentavam quaisquer alterações desenvolvimentais continuavam a ser vistos de forma puramente orgânica e patológica. Essa interpretação que as alterações no desenvolvimento eram propriamente patologias, pautava o intitulado - modelo biomédico da deficiência¹. Nessa perspectiva, o indivíduo era limitado a sua condição patológica.

Em oposição ao modelo biomédico da deficiência, surge no Reino Unido, na década de 1960 - o modelo social da deficiência proposto pelo sociólogo Paul Hunt - nele, a deficiência é vista como um conjunto de características que excedem a dimensão física, expandindo-se à dimensão social com todas as suas peculiaridades. O indivíduo passa a ser compreendido como um organismo, uma estrutura complexa composta pelas dimensões biológica, cognitiva e psíquica, as

quais interagiriam continuamente com os elementos do contexto social no qual esse organismo estaria inserido⁵.

O modelo social da deficiência questiona: quem é afinal deficiente? O organismo que apresenta uma condição diferenciada, ou o contexto social que não está organizado e apto a proporcionar-lhe iguais oportunidades e condições de existência?

Presume-se dessa maneira que o limite entre normalidade e patologia é algo socialmente determinado pela cultura, isto é, trata-se do resultado da interação de um organismo diferente com uma sociedade que historicamente tem padrões preestabelecidos com os quais este organismo parece não combinar, e aos quais parece não pertencer⁵.

Ao se caracterizar o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como uma deficiência do desenvolvimento, é relevante compreender que para se estabelecer um padrão de desenvolvimento considerado sob algum aspecto “deficiente”, é necessário, antes, estabelecer ‘o quê’, em termos probabilísticos é visto como, desenvolvimento “normal”. A normalidade é um conceito questionável sob a perspectiva do modelo social da deficiência, pois este paradigma rejeita a suposição que a deficiência se caracteriza pura e simplesmente pela existência de alterações rotuladas como patológicas ou até mesmo depreciativas. Quer a deficiência seja física, mental, intelectual ou sensorial, ela em nada desqualifica o indivíduo, mas é preditiva de como em termos socioestruturais essa sociedade deverá se organizar para receber e proporcionar iguais oportunidades de desenvolvimento e interação para este indivíduo que se apresenta diferente dos demais^{5,3}.

É interessante refletir sobre o estigma presente na utilização do conceito de ‘deficiência’, pois, embora o termo ‘pessoas com deficiência’ seja frequentemente utilizado no cotidiano e até mesmo na literatura, é possível adotar terminologias alternativas, tal como: desenvolvimento típico e atípico. O TEA caracteriza o desenvolvimento humano como atípico³.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa e compreensiva de estudos e pesquisas sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Foram utilizadas como base de dados para busca de materiais, sem critério de tempo, a Biblioteca Virtual em Saúde, livros didáticos e manuais diagnósticos que contemplassem: I) As causas e definição de autismo; II) Diagnóstico; III) A educação no Brasil e a inclusão da criança com transtorno do espectro autista; e IV) Intervenções educacionais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CAUSAS E DEFINIÇÃO DE AUTISMO

Embora pesquisas contendo os exames de neuroimagem e o refinamento dos eletroencefalogramas associados a estudos bioquímicos de neurotransmissores possam facilitar que os especialistas cheguem a um consenso em relação à presença de prováveis alterações neurofisiológicas fundantes do autismo, a etiologia do TEA segue ainda desconhecida^{6,7,3,8}.

O autismo é como um livro de suspense, no qual não está claro, exatamente, o que aconteceu com um dos protagonistas, por que aconteceu, ou quem ou o que é responsável, ele tem sido comparado com um quebra-cabeça complexo, com muitas partes que parecem não encaixar. Às vezes, aparenta que as partes podem ser montadas de várias maneiras para criarem-se imagens diferentes do autismo³.

De forma geral, trata-se de um conjunto de alterações que se distribuem em “respostas emocionais, cognitivas, motoras e sensoriais atípicas”³. Em termos mais específicos, o autismo pode ser definido de acordo com diferentes manuais diagnósticos, tal como, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) o autismo é descrito como um tipo específico de Transtorno do Neurodesenvolvimento, o *Transtorno do Espectro Autista* (TEA). Os transtornos do neurodesenvolvimento se manifestam geralmente antes da criança ingressar na escola, ocasionando ao longo da vida, prejuízos pessoais, sociais, acadêmicos e profissionais ao indivíduo⁹.

A terminologia ‘espectro’ refere-se à variabilidade de manifestações características do transtorno, de forma que o TEA pode se manifestar com ou sem a associação a alguma condição médica, genética ou a fator ambiental, com ou sem comprometimento linguístico e intelectual, com ou sem associação a demais transtornos, com ou sem perda de habilidades estabelecidas, bem como de acordo com diferentes níveis de gravidade⁹.

Segundo essa diretriz classificatória, as características essenciais do TEA são: déficits na reciprocidade socioemocional, prejuízo persistente na comunicação social e na interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, déficits no reconhecimento de sinais comunicativos não verbais, contato visual e linguagem corporal, déficit na compreensão e uso de gestos, dificuldade em ajustar o comportamento de acordo as exigências

contextuais, dificuldades de envolvimento em brincadeiras imaginativas, e ausência de interesse por pares. Tais sintomas presentes desde o início da infância tendem prejudicar o envolvimento do indivíduo em atividades interativas cotidianas⁹.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 11) refere que o autismo se configura como um Transtorno do Desenvolvimento Neurológico, o *Transtorno do Espectro Autista* (TEA) - subdividindo-se em TEA: I) sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; II) com transtorno do desenvolvimento intelectual e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional; III) sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada; IV) com transtorno do desenvolvimento intelectual e com linguagem funcional prejudicada; V) sem transtorno do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional; VI) com desordem do desenvolvimento intelectual e com ausência de linguagem funcional; VII) Outro TEA especificado; e VIII) TEA não especificado¹⁰.

Já na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o autismo se circunscreve no capítulo que trata das funções mentais globais, isto é, funções como consciência, energia, impulso e funções mentais específicas como memória, linguagem e cálculo, refletindo prejuízos nas funções psicossociais. No entanto, a CIF não se concentra na descrição de problemas de saúde ou patologias específicas, “ela descreve as dimensões de funcionalidade associadas em múltiplas perspectivas nos níveis corporal, pessoal e social”¹¹. Funcionalidade e incapacidade são termos abrangentes que denotam os aspectos positivos e negativos da funcionalidade de todo o ciclo de vida. “A CIF coloca cada pessoa em um contexto: funcionalidade e incapacidade são resultados da interação entre as condições de saúde da pessoa e seu ambiente”¹¹.

Nessa perspectiva o indivíduo com TEA é analisado de forma singular, sendo necessário considerar a dinâmica do indivíduo em termos de: I) funcionalidade - funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação contextual; II) incapacidade - deficiências, limitações de atividade e restrições de participação¹¹.

Presume-se que no autismo há uma alteração funcional no que se refere às funções psicossociais globais que desempenham um papel fundamental na compreensão e integração das funções mentais gerais, responsáveis pela aquisição de habilidades necessárias para o estabelecimento de relações interativas do indivíduo.

3.2 DIAGNÓSTICO

O autismo apresenta-se como um transtorno do desenvolvimento e caracteriza-se como um significativo desafio para o conjunto de profissionais envolvidos em seu diagnóstico. Embora o diagnóstico possa ocorrer em período muito precoce da vida, antes dos três anos de idade, as características centrais do transtorno podem não ser claramente manifestas, especialmente no que se trata dos prejuízos nas interações e comunicação. Outro fator dificultador refere-se à variabilidade do padrão desenvolvimental que pode ser observado em diferentes crianças³.

Para a definição do diagnóstico do TEA e posterior plano de tratamento é necessária uma avaliação diagnóstica, e embora, o tratamento desse transtorno não objetive à cura, ele visa estabelecer um plano de cuidados relativos à redução de prejuízos e também a promoção do desenvolvimento em diferentes contextos no qual o indivíduo autista estará inserido^{6,3}.

O ideal é que os profissionais envolvidos na avaliação diagnóstica sejam especialistas nesse tipo de demanda, dentre os quais estima-se: médicos de diversas especialidades (pediatras, neurologistas, psiquiatras, etc), psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, educadores, entre outros^{3,8}.

As avaliações podem ocorrer em diversos contextos, incluindo: clínicas, hospitais, ambiente familiar, escolas, etc. O ideal é quando os profissionais envolvidos conseguem extrair o máximo de informações provenientes de todos os ambientes que a criança participa³.

A fim de obter informações para diagnóstico de TEA os métodos utilizados podem ser: I) observação direta da criança; II) entrevistas com indivíduos que conhecem a criança. Para ambos podem ser utilizados uma amplitude instrumentos específicos, a título de exemplo: Behavior Observation Scale for Altruism; a Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children; Escala de Avaliação do Autismo na Infância, A Ritvo-Freeman Real Life Rating Scale; Checklist for Autism in Toddlers; Programa de Observação Diagnóstica de Autismo; Screening Tool for Autism in Two-Years-Olds; Diagnostic Checklist for Behavior-Disturbed Children; Autism Behavior Checklist; Autism Diagnostic Interview-Revised; Parent Interview for Autism; etc. Podem ainda ser utilizadas análises auxiliares tais como: avaliações sensoriais (teste de visão e audição); avaliações da fala receptiva e expressiva, e de protocomunicação (pré-fala), avaliações motoras e lúdicas; exames neurológicos; avaliações biomédicas (nutrição, fonoaudiologia, genética e imunologia) etc^{6,3,8}.

É interessante notar que independente dos instrumentais utilizados, diagnósticos definitivos nem sempre são possíveis de serem fechados, e nestes casos, é importante que a criança continue a ser monitorada ao longo do seu desenvolvimento, considerando inclusive, a sobreposição de demais

transtornos. Acompanhar avaliativamente o curso do desenvolvimento dessa criança revela o que ela é capaz de fazer em diferentes áreas, bem como quais são as competências e habilidades que necessitam ser adquiridas e em qual sequência³.

3.3 A EDUCAÇÃO NO BRASIL E A INCLUSÃO DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

A educação escolar no Brasil é regulada por legislação nacional, que abarca a Constituição Federal (CF 88), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB Lei 9394/96), a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para cada segmento de ensino^{12,13,14,15}.

A Carta Magna Brasileira preconiza a educação como um direito de todos e um dever do Estado e da família, conforme artigo 205: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.”

Quando se lê “direito de todos”, faz-se pertinente a compreensão de que, aos cidadãos brasileiros, a educação é assegurada, necessite ele ou não de atendimento educacional especializado devido às suas necessidades individuais, conforme se lê no artigo 4º da LDB:

Art. 4º O dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de: I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, organizada da seguinte forma: a) pré-escola; b) ensino fundamental; c) ensino médio; (...) III - **atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação**, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino¹³. (grifo nosso).

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB em seu artigo 21, “A educação escolar compõe-se de: I. educação básica, formada pela Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio; II. Educação Superior”¹³.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência explicita em seu 1º artigo que está “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania”¹⁶.

Além disso, a inclusão escolar é descrita por essa mesma lei em seu artigo 9º, inciso II: “A pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de:

II. atendimento em todas as instituições e serviços de atendimento ao público”¹⁶. Assim, há obrigatoriedade no atendimento às crianças com Espectro Autista nas escolas privadas e públicas. De forma que tais instituições precisam adaptar-se às necessidades diferenciadas, tanto em termos estruturais quanto em recursos humanos, assegurando aos estudantes condições de igualdade de oportunidades e o exercício da cidadania.

Ainda, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, o artigo 27, descreve que educação é um direito:

A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurado sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem¹⁶.

Há uma especificidade para a inclusão de crianças com Espectro Autista na escola regular, isto é, faz-se necessária a avaliação da gravidade atual da manifestação do transtorno. Para tal finalidade podem ser utilizados os critérios descritos no DSM-V, os quais irão sinalizar a intensidade do apoio que o indivíduo deverá receber nessa ocasião.

Tabela 1 – Especificação dos diferentes níveis de gravidade do TEA.

Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista		
Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: Retirada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição. 2019. 52.

Percebe-se que os níveis de gravidade do TEA se diferenciam de acordo com a necessidade de apoio que o indivíduo com o transtorno exige. No nível 1 a criança necessita algum apoio para transpor as barreiras ocasionadas pelos déficits na comunicação social e os prejuízos nas interações cotidianas. No nível 2 a criança apresenta essas dificuldades, porém, de forma mais acentuada, o que exige um apoio mais substancial, e no nível 3, em razão desses déficits de comunicação e interação serem mais graves, a necessidade de apoio é muito substancial⁹.

Para a inclusão de indivíduos com TEA na escola regular, há necessidade de um processo de avaliação diagnóstica¹. Sabe-se, por exemplo, que quanto mais substancial for a necessidade de apoio exigida por ele, melhor estruturada essa instituição de ensino precisará ser e melhor preparada essa equipe precisará estar. Presume-se que, em níveis os quais o indivíduo necessite de menor apoio substancial, maior seja sua facilidade de incluir-se no ensino regular. Caso identifique-se um comprometimento que demande um nível muito substancial de apoio, o indivíduo poderá ser encaminhado para a escola especial.

3.4 INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS

Um dos principais tópicos de controvérsia em relação ao autismo é como o transtorno deve ser tratado. Como não há um consenso envolvendo as causas e a natureza exata do autismo, aumenta-se a incerteza do que fazer frente a este diagnóstico e torna-se um desafio escolher a abordagem mais adequada para a tratativa do indivíduo. Diversas são as hipóteses para as causas do autismo e diferentes aspectos são considerados, desde fatores genéticos, bioquímicos, anatômicos a aspectos pré e pós-natais, além das interferências do meio³.

Ao longo do tempo e com o aprofundamento dos estudos sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA), alguns métodos foram educacionais e biomédicos ganharam destaque e passaram a ser uma alternativa a melhoria de qualidade de vida da criança, bem como, a promoção da aprendizagem necessária para este fim¹⁷. Aqui não se pretende abordar todas as técnicas existentes, e sim destacar aquelas que com maior frequência são utilizadas em contextos variados e apresentam resultados empíricos que validam sua efetividade.

Análise do Comportamento Aplicada (*Applied Behavior Analysis*)

As intervenções decorrentes da Análise do Comportamento Aplicada desenvolveram-se substancialmente nos últimos anos e originaram teorias importantes para descrever a forma como crianças e adolescentes aprendem. Para tanto, utilizavam-se os princípios derivados do condicionamento clássico e operante e das teorias cognitivo-comportamentais de aprendizagem, os

quais forneceram um conjunto de técnicas terapêuticas e educacionais voltadas a este público. Essas técnicas têm sido utilizadas ao longo do tempo em contextos familiares e educacionais para ensinar a indivíduos com um padrão de desenvolvimento atípico, um repertório comportamental socialmente adequado. Incluindo-se nessa esfera, o desenvolvimento de diferentes habilidades motoras, de linguagem, habilidades sociais, acadêmicas e vocacionais. Tais técnicas também são úteis na tratativa de questões relativas à ansiedade, depressão, déficit de atenção, hiperatividade, retardo mental e autismo^{18,19,20}.

A Análise Aplicada do Comportamento (ABA) por muito tempo foi e ainda é intitulada como ‘educação comportamental’, a qual se manifesta como uma estratégia de intervenção, que visa tanto a aquisição de novos comportamentos quanto, a manutenção e a modificação comportamental, que emprega procedimentos tais como: reforçamento positivo e reforçamento negativo, extinção, controle de estímulos, modelagem e encadeamento, dessensibilização sistemática, entre outros. Quando empregadas, tais estratégias devem ser mensuradas de forma fidedigna, considerando-se como centro da análise o indivíduo em sua unicidade. Isso é importante para averiguar a efetividade daquela determinada técnica aplicada sobre aquele indivíduo^{3,20}. Um exemplo seria a utilização da técnica de aproximações sucessivas as quais contribuem para a aquisição e a modificação de comportamento. Trata-se de uma aprendizagem que ocorre de forma gradual, respeitando as possibilidades de avanço apresentadas por aquele indivíduo¹⁷.

As características básicas de intervenções dessa natureza, isto é, em ‘educação comportamental’ se apoiam na ideia de que: I) A maioria dos comportamentos é aprendida, tanto os comportamentos adaptativos como os não adaptativos; II) O ambiente de forma geral, exerce um papel relevante no processo de aprendizagem. Em termos mais técnicos, pode-se salientar que os comportamentos são controlados por estímulos antecedentes (i.e. comandos verbais, estímulos visuais, e características do ambiente físico) e mantidos ou extintos por suas consequências^{3,20}.

Um treinamento comportamental inclui: I) eleição de um comportamento alvo a ser adquirido ou extinto; II) definição de estratégias de reforço que serão utilizadas para este fim; e III) implementação da intervenção de forma supervisionada e registrada^{19,3}.

A fim de alcançar o comportamento alvo, podem ser empregadas técnicas como modelação, modelagem, instrução verbal, treino de discriminação, estabelecimento de esquemas de reforço, retirada gradual de reforços sociais e promoção a habilidades de autorregulação. Estas técnicas podem ser empregadas pelos profissionais do contexto escolar e do convívio familiar desde que com orientação profissional, técnica e especializada a fim de garantir melhores resultados³.

O Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Desvantagens na Comunicação TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*)

Outra técnica amplamente utilizada para favorecer a aprendizagem de crianças com TEA é a intitulada “*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children* - acrônimo para TEACCH (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Desvantagens na Comunicação) desenvolvida por Eric Schopler da Universidade da Carolina do Norte nos Estados Unidos. Trata-se de um programa que considera essenciais a avaliação contínua das necessidades psicológicas, físicas e de desenvolvimento da criança autista. De acordo com essa proposta o ambiente de ensino é estruturado a fim de subsidiar o conhecimento e a adequação a uma rotina escolar, algo que por si só pode minimizar frustrações e ansiedades. Desta maneira as ações ocorrem de forma contextualizada e orientada nos ambientes de aprendizagem que são organizados a fim de reduzir a distração das crianças^{19,17,20,3}.

O envolvimento da família é considerado necessário para a tomada de decisões e generalização de comportamentos aprendidos em variados contextos. Kathleen J. Kolberg menciona ainda outras técnicas educacionais para intervenções no autismo, entre elas: terapias com abordagens sensório-motoras, integração auditiva, protocolo de Wilbarger, lentes de Irlen, dieta sensorial, treinamento da fala e da comunicação, linguagem dos sinais, terapia lúdica, etc. Além disso, devem ser avaliadas de forma cautelosa e individual a utilização de diferentes terapias medicamentosas¹⁷.

É interessante notar que embora existam técnicas e métodos que possam se mostrar mais ou menos eficazes a depender da criança e do espectro por ela apresentado, o processo de aquisição de novos comportamentos e adequação social, requer uma figura que faça a mediação da relação da criança com a realidade, estimulando-a e incluindo-a ativamente nesse meio. Daí a importância de uma rede de apoio substancial que possa promover a participação social e a autonomia da criança.

3.5 REDE DE APOIO E INCLUSÃO SOCIAL – UM DESAFIO COMUM A TODOS

A rede de apoio da criança com TEA pode se configurar de diferentes maneiras. Contudo, a questão central preditiva de um desenvolvimento global saudável e também da inclusão social, está centrada em uma responsabilidade que é de todos - uma responsabilidade que é compartilhada por todas as figuras que participam contextualmente da vida criança com autismo. Isso significa dizer que, o autismo não é exclusivamente ‘um problema de saúde’, ‘um problema da escola’, ou, ‘um problema dos pais’, até mesmo porque não é propriamente um problema, aliás,

reconhecer uma criança com autismo como uma ‘criança-problema’ é determinar o fracasso do seu desenvolvimento em qualquer instância que seja^{3,5}.

Incluir socialmente a criança com TEA vai além do que antes era conhecido como processo de integração, transpassa a fronteira de apenas reconhecê-la como diferente, e impõe o compromisso de criar situações nas quais ela, assim como as crianças de desenvolvimento típico, possa usufruir das mesmas oportunidades. Trata-se de uma reestruturação do sistema, uma reorganização, uma transformação, quer seja ele familiar, escolar ou público. Do contrário, crianças diagnosticadas com TEA, serão sempre ‘crianças-problema’, um problema que nunca será de ninguém^{1,3,5,21}.

4. CONSIDERAÇÃO FINAL

Contextualmente os ambientes dos quais as crianças com TEA participam necessitam estar organizados para recebê-las e extrair o máximo de suas potencialidades, isto significa não olhar deterministicamente para aquilo que a criança não consegue fazer, e sim para aquilo que é capaz de executar, valorizando cada avanço e propondo novas formas de estimulá-la a se desenvolver^{1,5,3}. Para tanto, as diversas técnicas existentes, embora, possam ser úteis, terão pouca utilidade se aplicadas por pessoas sem preparo e as quais não acreditem nos avanços que essa criança é capaz de fazer.

A história reflete um progresso em relação à forma como as pessoas com desenvolvimento atípico costumavam ser tratadas, houve uma transição da marginalização para o assistencialismo, posteriormente para a integração, e por fim, o mais ambicioso objetivo, a inclusão¹. Foram conquistas importantes que refletem uma mudança significativa na forma como pessoas de desenvolvimento típico passaram a tratar quem delas divergia. Porém, essa é apenas uma etapa de uma jornada maior a qual necessita de um movimento contínuo a fim de criar iguais oportunidades de participação ativa em sociedade à todos os indivíduos.

5. REFERÊNCIAS

1. Alias, G. Desenvolvimento da aprendizagem na Educação Especial: princípios, fundamentos e procedimentos na Educação Inclusiva. São Paulo: Cengage Learning Edições Ltda, 2016.
2. Scheuer CI, Andrade RV. Teorias cognitivas e autismo. In: Assumpção AJ, Kuczynski E, editors. Autismo infantil: novas tendências e perspectivas. São Paulo: Atheneu, 2007.
3. Whitman TL. O desenvolvimento do autismo. São Paulo: M.Books, 2015.
4. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943; (2): 217-250.

5. PEREIRA, AS, Avaliação das habilidades sociais e de suas relações com fatores de risco e proteção em jovens adultos brasileiros. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; RS 2015 81p.
6. Lima SM, Laplane ALF. Escolarização de Alunos com Autismo. Rev. bras. educ. espec. 2016; 22 (2): p.269-284.
7. Martins ADF, Monteiro MIB. Alunos autistas: análise das possibilidades de interação social no contexto pedagógico. Psicol. Esc. Educ. 2017; 21 (2): 215-224.
8. Zanolla TA, Fock RA, Perrone E, Garcia, AC, Perez ABA, Brunoni PD. Causas genéticas, epigenéticas e ambientais do transtorno do espectro autista. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, 2015; 15 (2): 29-42.
9. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.
10. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. (CID). 2013.
11. Organização Mundial de Saúde. Manual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Direção Geral de Saúde. Lisboa, 2004.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 2007.
13. Brasil. Lei 9.394 de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996.
14. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular: segunda versão revista. Brasília: MEC, 2016.
15. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil / Secretaria de Educação Básica. – Brasília: MEC, SEB, 2010.
16. Brasil. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Lei brasileira de inclusão Nº. 13.146, de 6 de julho de 2015.
17. Kolberg KJ. Intervenções educacionais e biomédicas. In: Whitman TL, editor. O desenvolvimento do autismo: social, cognitivo, linguístico, sensório-motor e perspectivas biológicas. São Paulo: M. Books, 2015.
18. Bandura A, Azzi RG, Polydoro, A. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.
19. Kazdin, A. Behavior modification in applied settings. Belmont: Wadsworth/Thompson Learning, 2001.
20. Sulzer-Azaroff B, Mayer GR. Behavior analysis for lasting change. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich, 1991.
21. Costa DS, Malloy-Diniz LF, Miranda DMM. Aprendizagem de A a Z. Minas Gerais: Pearson Clinical Brasil, 2016.